

Pitkälle kuntoutuneet opioidikorvaushoidossa –  
toimijuusnäkökulma

Elsa Maria Pingoud

Helsingin yliopisto

Valtiotieteellinen tiedekunta

Sosiaalipsykologia

Pro gradu -tutkielma

Huhtikuu 2019



HELSINGIN YLIOPISTO  
HELSINGFORS UNIVERSITET  
UNIVERSITY OF HELSINKI

Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty		Laitos – Institution – Department	
Valtiotieteellinen tiedekunta		Sosiaalitieteiden laitos	
Tekijä – Författare – Author			
Elsa Maria Pingoud			
Työn nimi – Arbetets titel – Title			
Pitkälle kuntoutuneet opioidikorvaushoidossa – toimijuusnäkökulma			
Oppiaine – Läroämne – Subject			
Sosiaalipsykologia			
Työn laji – Arbetets art – Level	Aika – Datum – Month and year	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages	
Pro gradu -tutkielma	Huhtikuu 2019	98 + 3	
Tiivistelmä – Referat – Abstract			
<p>Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoito on pitkä ja intensiivinen päihdehoidon muoto. Kuntoutuminen tapahtuu tyypillisesti vähitellen hoidon aikana. Korvaushoidolla on kaksinainen rooli toisaalta valvontaa ja kontrollia harjoittavana instituutiona, mutta toisaalta kuntoutumisympäristönä, jonka tulee tarjota yksilöille kuntoutumista edistävää ja toimijuutta vahvistava ilmapiiri.</p> <p>Tutkielmassa tarkasteltiin opioidikorvaushoidossa olevien pitkälle kuntoutuneiden henkilöiden kokemuksia hoidosta ja kuntoutumisesta. Tutkielmassa selvitettiin: 1) minkälaisena pitkälle kuntoutuminen aineiston valossa hahmottui ja merkityksellistyi, 2.) minkälainen oli kuntoutumiseen kytkeytyvä toimijuuden ajallinen prosessi, ja minkälaisia toimijuuden rajoitteita ja resursseja prosessiin liittyi. Tutkielman viitekehysten muodostivat opioidikorvaushoitoa, huumeriippuvuudesta kuntoutumista ja toimijuutta käsittelevä tutkimuskirjallisuus. Tutkielman aineisto koostui 13 pitkälle kuntoutuneen opioidikorvaushoidossa olevan henkilön haastattelusta. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina teemahaastatteluinä. Aineiston analyysi toteutettiin laadullisena analyysinä teoriaohjaavan sisällönanalyysin keinoin.</p> <p>Pitkälle kuntoutumisen arviointi ei ole yksiselitteistä. Sitä ei voida arvioida vain ulkoisten tekijöiden, kuten hoitoon sitoutumisen, hoidon keston, hoidon aikaisen oheiskäytön vähentymisen tai loppumisen tai yhteiskuntaan integroitumisen kautta. Kuntoutumisen kokemus on vahvasti subjektiivinen. Kuntoutuminen näyttäytyi haastateltavien kertomuksissa toimijuuden vahvistumisen prosessina, joka eteni huumeidenkäytön ajan kapeana hahmotettavasta toimijuudesta kohti nykyistä vahvistunutta toimijuutta. Riippuvuuden ajalle haastateltavat antoivat kuntoutumiskertomuksissaan kielteisiä merkityksiä, sillä riippuvuuden nähtiin kaventaneen resursseja elämän muilta aktiviteeteilta ja tuottaneen kielteisiä seurauksia elämän eri osa-alueille. Korvaushoitoon hakeutumista edelsi huumeekuvioihin liittynyttä kylästäymistä, koettuja pohjakosketuksia ja käännekohtia sekä haaveita tyydyttävämmän elämän elämisestä.</p> <p>Alkuvaiheissa korvaushoito satoi yksilöä vahvasti muun muassa päivittäisten lääkkeenhakujen vuoksi. Hoidollisen tuen merkitys korostui kuntoutumisen alkuvaiheissa niin lääkityksen kuin psykososiaalisen hoidon osalta. Toimijuuden rajoitteiksi hahmotuivat irrallisuuden, erillisyyden ja ulkopuolisuuden kokemukset, jotka aiheutuivat epäilyksen alaiseksi joutumisesta, epäoikeudenmukaisuuden ja leimatuksi tulemisen kokemuksista sekä muuta elämää liiallisesti rajoittaneista institutionaalisista kontrollitoimenpiteistä. Toimijuutta tukivat luottamuksen kokemukset, joita syntyi osallisuuden ja hoidolliseen päätöksentekoon mukaan pääsyn sekä yksilöä huomioivien kohtaamisten kautta. Kuntoutumisen edetessä hoidolliset sidokset kevenivät, hoidollisen tuen merkitys väheni ja koetut toimintamahdollisuudet laajenivat. Pitkälle edenneessä kuntoutumisessa tärkeänä koettiin siirtymä korvaushoitolääkkeen apteekkijakeluun, sillä apteekki ympäristönä tuki yksilön identiteetin laajentumista kuntoutujasta toimijaksi. Hoidollisten muutosten myötä elämän muiden sisältöjen yhteensovittaminen hoitoon helpottui.</p> <p>Toimijuuden vahvistumisen kannalta olennaista oli hoidollinen ympäristö, joka antoi tukea yksilön muutosprojektille, mutta myös toimintamahdollisuuksia tarjoava laajempi sosiaalinen ja yhteiskunnallinen konteksti. Vaikka yksilöt olivat yhä korvaushoitolääkityksen piirissä, he kokivat elävänsä tyydyttävää elämää.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords			
korvaushoito, opioidi, toimijuus, huumeriippuvuus, kuntoutuminen			

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	OPIOIDIRIIPPUUUS JA OPIOIDIKORVAUSHOITO .....	3
2.1	Opioidien käyttö ja opioidiriippuvuus .....	3
2.2	Korvaushoito opioidiriippuvuuden hoitomuotona .....	5
2.3	Opioidikorvaushoito kuntoutumisympäristönä .....	10
2.4	Mitä merkitsee opioidikorvaushoidossa pitkälle kuntoutuminen? .....	12
2.5	Huumeriippuvuuden problematiikkaa .....	14
3	HUUMERIIPPUUUDESTA KUNTOUTUMINEN .....	17
3.1	Kuntoutuminen ja kuntoutujan rooli .....	17
3.2	Toimijuus näkökulmana huumeriippuvuudesta kuntoutumiseen .....	18
3.3	Huumeriippuvuudesta kuntoutumisen prosessi .....	22
3.4	Tutkimuskysymykset .....	26
4	TUTKIMUSASETELMA .....	27
4.1	Tutkielman lähtökohdat .....	27
4.2	Aineistonkeruu ja haastattelu .....	27
4.3	Eettisyys ja sensitiivisyys .....	29
4.4	Aineisto .....	31
4.5	Aineiston analyysi .....	33
5	TULOKSET .....	37
5.1	Pitkälle kuntoutumisen prosessi .....	38
5.2	Huumeidenkäytön aika .....	41
5.3	Kuntoutumishalun etsintävaihe .....	46
5.4	Kuntoutumishalun vahvistumisen ja hoitoon kiinnittymisen aika .....	50
5.4.1	Luottamus, osallisuus, yksilöllinen huomiointi ja kunnioitus toimijuuden resursseina .....	55
5.4.2	Irrallisuuden, erillisyyden ja ulkopuolisuuden kokemukset toimijuuden rajoitteina .....	58
5.5	Hoidon keventymisen aika, nykyisyys ja tulevaisuus .....	63
6	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	73
6.1	Minkälaisena pitkälle kuntoutuminen aineiston valossa hahmottuu ja merkityksellistyy? .....	73
6.2	Minkälainen on kuntoutumiseen kytkeytyvä toimijuuden ajallinen prosessi, ja mitä rajoitteita ja resursseja siihen liittyy? .....	75

6.3	Toimijuuden näkökulma.....	82
6.4	Tutkielman prosessi pohdinnan ja reflektion kohteena .....	85
6.5	Lopuksi .....	87
LÄHTEET .....		90
LIITTEET .....		99

# 1 JOHDANTO

Opioidiriippuvuuden lääkkeellisellä korvaushoidolla tarkoitetaan opioidiriippuvuuden hoitoa, jossa käytetään apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita ja jossa tavoitellaan kuntoutumista ja päihitteettömyyttä tai haittojen vähentämistä ja elämän laadun parantamista (STM 33/2008, 2 §). Haittojen vähentämisellä tähdätään muun muassa huumehaittojen, kuten rikollisuuden ja huumausaineiden suonensisäiseen käyttöön liittyvien riskien vähentämiseen. Lääkkeellisen hoidon lisäksi hoitoon sisältyy psykososiaalista kuntoutusta. (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus, 2018.) Sosiaali- ja terveysministeriön korvaushoitoa koskeva asetus (33/2008) muovaa hoidon toteuttamiselle väljät lakiperusteiset raamit, ja tutkimusnäyttöön perustuvat kansalliset Käypä hoito -suositukset tarjoavat hoidolle tutkimusperustaiset suositukset hoidollisen päätöksenteon tueksi.

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan korvaushoidossa olevien pitkälle kuntoutu-neiden henkilöiden omia kokemuksia kuntoutumisesta. Tutkielma on osa A-klinikkasää-tiön tutkimushanketta ”Opioidiriippuvuuden korvaushoito Suomessa – lääkkeen valin-taan ja hoitokäytäntöihin vaikuttavat tekijät”. Hankkeessa selvitetään viimeisimmän kor-vaushoitoasetuksen (33/2008) vaikutuksia hoidon toteuttamistapoihin kuten lääkkeen va-lintaan ja korvaushoitolääkkeen apteekkijakeluun. Tutkielma perustuu pitkälle kuntoutu-neiden korvaushoidossa olevien henkilöiden haastatteluista koostuvaan aineistoon. Pit-källe kuntoutumisen arviointi tapahtui korvaushoitoa toteuttavien päihdehuollon yksiköi-den toimesta. Pitkälle kuntoutumisen määrittely on kuitenkin hankalaa, sillä kuntoutumi-nen on monimuotoinen prosessi eikä sitä voida määritellä yksiselitteisesti esimerkiksi hoidossaoloajan keston kautta.

Korvaushoitoon sisältyy kontrollitoimenpiteitä, kuten tarkasti määriteltyjä lääkkeenhaku-aikoja, huumeeseulontaa ja erinäisiä muita hoidollisia normeja, sekä sääntöjen rikkomisesta aiheutuvia sanktioita. Hoidon toteuttamiseen liittyy jännitteitä kontrollin harjoitta-misen ja toisaalta tuen ja luottamuksellisten asiakassuhteiden muovautumisen välillä (Tourunen ym., 2012). Tutkielman taustalla oli ajatus, että hoidon kaksinainen rooli voi

tuottaa haasteita yksilölliselle muutosprojektille ja toimijuudelle. Tutkielman teoreettisena lähestymistapana on toimijuuden näkökulma, joka hahmottaa yksilöiden toimintavalmiuksien muodostuvan yksilö- ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksessa (Marshall, 2005). Archerin (2000; 2003) mukaan ympäristön rakenteet muovaavat toimijuudelle rajoitteita ja ehtoja, mutta yksilöllä on refleksiivisyyden, eli rakenteiden havainnoinnin kautta kyky tiedostaa ulkoisia rakenteita ja kamppailla niitä vastaan tai sopeutua niihin. Tutkielmassa olen kiinnostunut selvittämään, miten yksilöiden toimijuus muovautuu osana kuntoutumisprosessia ja korvaushoidollista kuntoutumiskontekstia.

Tutkielmassa tarkastellaan aluksi (luku 2) opioidien käyttöä sekä opioidiriippuvuuden määrittelyä sekä kerrotaan opioidiriippuvuuden korvaushoidosta ja sen käytänteistä. Korvaushoitoa tarkastellaan kuntoutumisen kontekstina sekä tuodaan esille riippuvuuden yleistä problematiikkaa. Seuraavaksi (luku 3) jäsennetään kuntoutumisen käsitettä, tarkastellaan toimijuutta kuntoutumisen näkökulmana, tuodaan esille huumeriippuvuudesta kuntoutumiseen liittyviä merkityksellisiä tekijöitä ja prosessin kulkua sekä esitellään tutkielman tutkimuskysymykset. Seuraavassa luvussa (luku 4) tarkastellaan tutkielman tutkimusasetelmaa sekä menetelmiä. Tulosluvussa (luku 5) vastataan tutkimuskysymyksiin. Tulosluvun ensimmäisessä alaluvussa (5.1.) tarkastellaan kuntoutumisen yleistä prosessia sekä pitkälle kuntoutumisen määrittelyä. Muut tulosluvun alaluvut (5.2.-5.5.) etenevät ajallisesti huumeidenkäytön ajoista nykyiseen, pitkälle kuntoutumisen aikaan. Johtopäätösluvussa (luku 6) tuloksia pohditaan tutkimuskirjallisuuden valossa, arvioidaan tutkielmaa kriittisesti reflektoiden ja pohditaan omaa tutkijan roolia läpi prosessin sekä tuodaan esille jatkotutkimuksen tarpeita.

## 2 OPIOIDIRIIPPUUUS JA OPIOIDIKORVAUSHOITO

### 2.1 Opioidien käyttö ja opioidiriippuvuus

Opioidit ovat voimakkaita kipua poistavia aineita, jotka voidaan jakaa synteettisiin opioideihin (esim. buprenorfiini) ja unikonkukasta jalostettuihin opioideihin (esim. heroiini) (Päihdehuollon huumeasiakkaat, 2017, s. 11). Suomessa yleisintä on synteettisten lääkeopioidien ja niistä erityisesti buprenorfiinin käyttö (Hakkarainen ym., 2011). Hakkarainen ym. (2011) vuonna 2010 toteuttaman väestökyselyn mukaan buprenorfiinia oli 15-69 -vuotiaista kokeillut 0,8 prosenttia ja 25-34 -vuotiaista 2,6 prosenttia.

Huumeiden ongelmakäyttöä on väestötutkimuksilla vaikeampi kartoittaa kuin huumekekoiluja, sillä huumeongelmasta kärsivien henkilöiden tavoittaminen on hankalaa (Metso ym., 2012). Opioidien ongelmakäyttäjien määrästä tehdäänkin varsin karkeita arvioita pohjautuen sairaaloiden hoitoilmoitusrekisteriin, poliisiasiaan tietojärjestelmään, huumantuneena ajaneiden rekisteriin sekä valtakunnallisen tartuntatautirekisterin C-hepatiittitapauksiin (Ollgren ym., 2014). Vuonna 2012 Ollgren ym. (2014) arvioivat Suomessa olevan 13 000 – 15 000 opioidien ongelmakäyttäjää.

Suomessa buprenorfiinin käyttö on syrjäyttänyt heroiinin käytön 2000-luvun alkupuolella. Partasen (2004) mukaan vielä vuonna 2000 heroiini toimi ensisijaisena ongelmapäihteenä hoitoon hakeutuvilla, mutta jo vuonna 2002 tilanne oli kääntynyt siten, että buprenorfiinin vuoksi hoitoon hakeutuneita oli enemmän. Buprenorfiinivalmiste Subutexin katukauppa levisi Suomeen 1990-luvun lopulla. Poliisin takavarikkotilastoissa se ilmeni siten, että vuodesta 2001 alkaen heroiinitakavarikot vähenivät selvästi, kun taas Subutex yleistyi laittomilla markkinoilla (Partanen ym., 2004). Buprenorfiini otettiin lääkemarkkinoille vuonna 1978 kipulääkkeenä, ja myöhemmin se havaittiin toimivaksi lääkkeeksi opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidossa. Kliiniseen käyttöön se otettiin Subutex-valmisteenimikkeellä ensimmäisten korvaushoito-ohjelmien käynnistyessä Suomessa 1990-luvun lopulla. (Malin ym., 2006.)

Buprenorfiinilla on Suomessa kaksinainen rooli: se on yleisimmin väärinkäytetty opioidi mutta toimii myös korvaushoitolääkkeenä (Varjonen, 2015, s. 48). Kuitenkin Levola ym.

(2012) ovat todenneet, että Suomessa katukaupassa myytävä buprenorfiini on ollut peräisin pääosin Ranskasta ja Baltiasta, ei suomalaisesta korvaushoitojärjestelmästä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Huumetilanne Suomessa 2014 -raportin (Varjonen, 2015) mukaan huumehoitoon hakeutuvista 59 prosentilla opioidit toimivat ensisijaisena ongelmapäihteenä, ja 75 prosentilla huumehoitoon hakeutuvista oli opioidien käyttöä. Ollgrenin ym. (2014) laskelmassa arvioidaan, että opioidien käyttäjien määrä on kasvanut 2000-luvulla. Myös opioidien käyttöä koskevien päihdehoitojen määrä on lisääntynyt ja toisaalta opioideihin liittyvät kuolemat ovat olleet kasvussa. Opioidien käyttöä koskevien hoitajaksojen määrän lisääntyminen selittyy osittain sillä, että opioidikorvaushoidon tarjontaa on tasaisesti lisätty 2000-luvulla. (Ollgren ym., 2014.) Buprenorfiinin lisäksi myös muiden lääkeopioideiden, kuten tramadolin, fentanyylin ja oksikodonin käyttö on Suomessa lisääntynyt (Hakkarainen ym., 2011).

Vaikka opioidien käyttö on suhteellisen vähäistä, se aiheuttaa merkittävän osan huumehaitoista (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017). Opioidien käyttö on usein indikaattori hoidon tarpeelle ja viestii samalla vuosia jatkuneesta sekakäytöstä sekä riskialttiista käyttötavoista. Opioidien käyttö tapahtuu tyypillisesti suonen-sisäisesti, mikä tuottaa infektio- ja tartuntariskejä, kuten C-hepatiitti- ja HIV-tartuntariskin. (Nurmi & Rönkä, 2017.) Opioidien käyttäjillä on myös usein oheiskäyttöä. Tyypillisiä oheispäihteitä ovat kannabis, stimulantit, rauhoittavat lääkkeet ja alkoholi. Sekakäyttö tuottaa erityisiä yliannostusriskejä (Salasuo ym., 2009).

Suomessa opioidiriippuvuus määritellään ICD10-tautiluokituksen diagnostisten kriteerien kautta. Kriteereissä listataan voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää ainetta, fysiologiset vieroitusoireet, heikentynyt kyky kontrolloida aineen käyttöä, sietokyvyn kasvu, käyttö haitallisista seurauksista huolimatta sekä keskittyminen aineen käyttöön siten, että se näkyy muiden tärkeiden mielihyvän lähteiden laiminlyöntinä. Vähintään kolmen niistä tulee ilmetä diagnoosikriteereiden täyttymiseksi. Levolan ym. (2012) mukaan opioideja koskevassa riippuvuudessa on ”poikkeuksellisen voimakas biologinen painotus”, jossa keskushermosto sopeutuu opioidien toistuvaan käyttöön. Opioidiriippuvuuteen liittyy vahva toleranssi ja ensimmäisistä käyttökokemuksista saadun voimakkaan hyvänolon tunteen tavoittelu. Kroonistuneessa riippuvuudessa tunnetta ei kuitenkaan enää



onnistuta saavuttamaan, ja aineen saanti lähinnä normalisoi olotilaa vieroitusoireita poistaen. (Levola ym., 2012.)

Opioidiriippuvuuden on havaittu olevan yhteydessä erinäisiin sosiaalisiin ongelmiin, kuten työttömyyteen, rikollisuuteen, asunnottomuuteen sekä sosiaaliseen eksklusioon (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017, 45). Suurella osalla opioidiriippuvaisista psykososiaalinen syrjäytyminen on alkanut jo lapsuudessa tai nuoruudessa (Holopainen, 2011). Kuntoutuminen opioidiriippuvuudesta onkin tyypillisesti pitkä prosessi, ei vain päihdehoidon välitön tavoite (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017, 45).

## **2.2 Korvaushoito opioidiriippuvuuden hoitomuotona**

Opioidiriippuvuuden hoitoa toteutetaan laajasti perusterveydenhuollossa, erikoissairanhoidossa ja erityisklinikoilla. Hoidolliseen kokonaisuuteen sisältyy erilaisia psykososiaalisia ja käyttäytymiseen liittyviä interventioita, oma-apua ja vertaistukea, ohjausta ja neuvontaa, sekä päihteidenkäytön aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito-, ja kuntoutuspalveluita. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017.) Psykososiaaliset menetelmät toimivat yleensä ottaen huumehoidon perustana, mutta erilaiset lääkkeelliset hoitomuodot ovat tulleet muiden hoitomuotojen rinnalle (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus, 2018).

Opioidikorvaushoidossa sovelletaan sosiaali- ja terveysministeriön asetusta 33/2008. Asetus määrittelee korvaushoidon opioidiriippuvaisen hoidoksi, jossa käytetään apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita ja jossa tavoitteena on joko kuntouttaminen ja päihteettömyys, tai haittojen vähentäminen ja potilaan elämän laadun parantaminen. Korvaushoidon edellytyksenä on, että potilas on opioidiriippuvainen, eikä ole vieroittautunut opioideista. Potilaan psykososiaalinen hoito määritellään kuuluvaksi osaksi korvaushoitoa. (33/2008.)

Opioidikorvaushoidosta ei Suomessa ole kattavaa rekisteriä, mutta viimeisimmän Partasen ym. (2017) toteuttaman selvityksen mukaan korvaushoidossa oli vuonna 2015 vajaa

3300 potilasta, mikä oli noin kolmannes enemmän kuin edeltävässä, vuonna 2011 toteutetussa laskelmassa. Korvaushoidon potilasmäärät ovat tasaisesti kasvaneet 2000-luvulla. Selvityksen mukaan vuonna 2015 korvaushoitopotilaista 75 prosentilla hoito toteutettiin päihdehuoltoon erikoistuneessa yksikössä, 17 prosentilla terveyskeskuksessa, 6 prosentilla erikoissairaanhoidossa ja 2 prosentilla vankilan terveydenhuollossa. Korvaushoitolääkkeenä käytetään yleisimmin buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmistetta Suboxonea, joka on käytössä noin 60 prosentilla korvaushoitopotilaista, ja toiseksi yleisimpänä metadonia, joka on käytössä vajaalla 40 prosentilla. Muutama prosentti potilaista saa lääkityksenä buprenorfiinia eli Subutexia. (Partanen ym., 2017.) Yleisimpänä korvaushoitolääkkeenä toimiva buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmiste Suboxone kehitettiin buprenorfiinivalmiste Subutexin rinnalle, sillä pelkkää buprenorfiinia sisältävään lääkevalmisteeseen liittyi erityistä väärinkäyttöpotentiaalia. Naloksonin lisäämisellä pyrittiin lääkkeen väärinkäytön ja pistoskäytön ehkäisemiseen (Finch ym., 2007).

Hakkaraisen ja Tigerstedtin (2005) mukaan 1990-luvulle saakka huumeongelmien hoito tapahtui Suomessa pääosin alkoholiongelmiin keskittyneissä päihdepalveluissa. Vasta 1980-luvun lopulla huumeriippuvuuteen liittyviin hoidollisiin erityistarpeisiin alettiin kiinnittää vahvemmin huomiota. Hoidon kehittämisen painopiste oli kuitenkin ensi alkuun psykososiaalisessa hoidossa. Lääkkeellisten hoitomuotojen kehitys käynnistyi vähitellen pienimuotoisten kokeilujen kautta. Esimerkiksi vuosina 1992-1995 Tervalammen kuntoutuslinikalla Vihdissä toteutettiin metadoni- ja buprenorfiinihoitoa vain noin 20 hengelle. (Hakkarainen & Tigerstedt, 2005.)

Suunta muuttui selkeästi 1990-luvun lopulla, jolloin huumeaalto ja siitä seuranneet huumeiden käyttötapojen ja tarjonnan sekä huumeisiin kytkeytyneiden yhteiskunnallisten haittojen merkittävä lisääntyminen tuottivat tarpeen uudenlaisten hoitointerventioiden kehittämiseksi (Hakkarainen & Tigerstedt, 2005). Vuonna 1997 sosiaali- ja terveysministeriö antoi määräyksen (STM 1997:28), jossa korvaushoito hyväksyttiin ensi kertaa osaksi suomalaista huumepolitiikkaa.

Hakkarainen ja Tigerstedt (2005) kuvaavat korvaushoidon käynnistymistä läpimurroksi, jota edelsi lääkkeelliseen päihdehoitoon kohdistunut voimakas kritiikki ja vilkas yhteiskunnallinen keskustelu. He toteavat, että lääkkeellisen hoidon uumoiltiin ajavan huumepolitiikan liian vapaamieliseen ja huumeidenkäyttöä sallivaan suuntaan (Hakkarainen &

Tigerstedt, 2005). Korvaushoidon käynnistyminen ilmensi Hakkaraisen ja Törrösen (2002) mukaan laajempaa päihdehuollon ideologiamurrosta, jossa painottui päihdehaittojen vähentämisen ajatus. Se merkitsi sitä, että päihdehuollossa ei tavoiteltu enää pelkäänsään päihitteettömyyttä, vaan myös huumeidenkäytöstä aiheutuvien terveydellisten haittojen vähentämistä ja elämänlaadun parantamista (Hakkarainen & Törrönen, 2002). Korvaushoito asettui myös osaksi laajempaa huumehoidon medikalisaatiokehitystä, jossa riippuvuuden määrittely tapahtui entistä vahvemmin lääketieteellisestä perspektiivistä (Selin, 2011).

Korvaushoidon laajentuminen tapahtui vähitellen. Laajentumista tukivat korvaushoitoa koskevat vuosina 2000 ja 2002 voimaan tulleet sosiaali- ja terveysministeriön asetukset. Vuoden 2000 asetuksessa (607/2000) hoidon aloitus, seuranta ja arviointi rajattiin vain yliopistollisissa sairaaloissa, muissa keskussairaaloissa ja Järvenpään sosiaalisairaalassa toteuttavaksi. Hoito voitiin käynnistää sellaisilla potilailla, jotka eivät olleet vieroittuneet opioideista yleisesti hyväksytyjä hoitokäytäntöjä ja menettelytapoja noudattamalla. Hoito jaoteltiin asetuksessa vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitoon. Vieroitushoidolla viitattiin enintään kuukauden kestävään, päihitteettömyyttä tavoittelevaan hoitoon. Korvaushoidolla taas tarkoitettiin yli kuukauden kestävää, päihitteettömyyttä tavoittelevaa hoitoa. Ylläpito-hoidolla viitattiin haittojen vähentämiseen ja elämän laadun parantamiseen tähtäävään hoitoon. Asetuksessa määriteltiin, että hyvää hoitomyöntyvyyttä osoittaneelle potilaalle oli mahdollista antaa toimintayksiköstä mukaan enintään seitsemää vuorokausiannosta vastaava lääkeannos (STM 607/2000.) Vuoden 2002 (STM 289/2002) asetuksessa kotilääkeannoksen määrä nostettiin kahdeksaan vuorokausiannokseen.

Viimeisimmässä ja yhä voimassa olevassa vuoden 2008 korvaushoitoasetuksessa (STM 33/2008) lievennettiin hoidon aloittamisen kriteerejä siten, että hoidon aloitus mahdollistettiin sellaiselle opioidiriippuvaiselle potilaalle, joka ei ole vieroittunut opioideista. Hoidon jaottelua muutettiin ja hoidon tavoitteiksi määriteltiin joko kuntouttaminen ja päihitteettömyys tai haittojen vähentäminen ja elämän laadun parantaminen. Asetuksen myötä hoidon painopiste muuttui avohoidolliseen suuntaan. Hoidon käynnistymisen polikliininen aloitus nähdään ensisijaisena, ellei laitoksessa tapahtuvaan arviointiin ja hoidon aloitukseen ole erityistä syytä. Lääkkeen kotiannosten määrää nostettiin enintään 15 vuorokausiannosta vastaavaan määrään. Lisäksi asetuksessa mahdollistettiin korvaushoitolääkkeen apteekkijakelu apteekkisopimusta vastaan. (STM 33/2008.)

Uusimmassa asetuksessa (STM 33/2008) apteekkijakelu mahdollistettiin ainoastaan buprenorfiini-naloksoni-lääkevalmisteelle. Apteekkijakeluun siirtyminen on toteutettavissa siinä vaiheessa, kun potilas ei tarvitse enää tiivistä psykososiaalista kuntoutusta. Asetuksessa mahdollistetulla muutoksella pyritään tarjoamaan potilaille perusterveydenhuoltoon sijoittuvaa vastaavanlaista hoitomallia kuin muissakin pitkäaikaissairauksissa. Apteekkijakelu edellyttää apteekkisopimuksen allekirjoittamista siten, että sopijaosapuolina ovat potilas ja lääkäri. Sopimuksella sitoudutaan lääkkeenhakuun vain yhdestä apteekista, ja hyväksytään, että apteekki voi välittää potilaan tietoja häntä hoitavalle lääkärille. (STM 33/2008.) Viimeisimmän selvityksen (Partanen ym., 2017) mukaan apteekkijakelu ei ole vielä kovinkaan yleistä, sillä ainoastaan 7 prosenttia korvaushoidossa olevista potilaista hakee lääkkeensä apteekista. Selvityksen mukaan tämä johtunee siitä, että lääke on apteekkijakelussa rajoitetusti peruskorvattava ja esimerkiksi työssä käyvät potilaat joutuvat itse maksamaan lääkityksensä, kun taas hoitoyksiköstä haettaessa lääke on ilmainen (Partanen ym., 2017).

Korvaushoito voidaan jakaa hoidollisten tavoitteiden kautta haittoja vähentävään tai kuntouttavaan hoitoon. Haittoja vähentävä hoito on suunnattu potilaille, joilla ei ole lääkkeettömyystavoitteita ja joiden kohdalla huumeidenkäytön kokonaan lopettamista ei arvioida ajankohtaiseksi tai mahdolliseksi. Tällöin hoito tavoittelee ensi sijassa huumehaittojen lievittämistä sekä potilaan elämänlaadun parantamista. Kuntouttava korvaushoito taas on suunnattu lääkkeettömyyttä tavoitteleville potilaille. (Huumeongelmaisten hoito: Käypä hoito -suositus, 2012.) Hoidollisten tavoitteiden erottelu käytännön hoitotyössä on kuitenkin ongelmallista. Partanen ym. (2017) tuovat esiin suomalaista korvaushoitojärjestelmää kartoittavassa viimeisimmässä selvityksessä, että hoidollisten tavoitteiden rajanvedot ovat hoidon toteuttamistapojen moninaistumisen myötä hämärtyneet. Partanen ym. (2017) mukaan kuntouttavassa korvaushoidossa oli vuonna 2015 reilut 60 prosenttia potilaista, haittoja vähentävässä hoidossa 28 prosenttia, ja osalla potilaista korvaushoitoa ei oltu määritelty kumpaankaan hoidolliseen tavoitteeseen. Hoidollisten tavoitteiden jako on herättänyt kriittistä keskustelua. Muun muassa Simojoki ym. (2012) toteavat jaon olevan jähmeä, sillä standardoitujen hoitomallien sijaan hoito edellyttää yksilöllistä hoitosuunnittelua.

Huumeongelmia koskevassa Käypä hoito -suosituksessa (Huumeongelmaisten hoito: Käypä hoito -suositus, 2018) todetaan, että ”korvaushoidon tavoitteena on estää tai merkittävästi pienentää laittomien opioidien käyttöä, rikollisuutta ja suonensisäiseen käyttöön ja yliannostukseen liittyviä riskejä ja mahdollistaa riippuvuuksien hoito ja psykososiaalinen kuntoutus”. Weckrothin (2007) mukaan *psykososiaalinen* käsitteenä on merkitykseltään hämärä ja vaihtelee kontekstittain. Se on tulkittu vastinparina medisiiniselle lääkkeelliselle hoidolle, ja sitä on pidetty tärkeänä osana hoidollista kokonaisuutta (Weckroth, 2007). Psykososiaalisella hoidolla voidaan laveasti viitata erinäisiin tuen ja ohjauksen muotoihin sekä potilaskeskeisiin vuorovaikutusmenetelmiin (Huumeongelmaisten hoito: Käypä hoito -suositus, 2018). Korvaushoidossa psykososiaalista hoitoa ovat muun muassa tukea ja ohjausta sisältävät omahoitajatapaamiset sekä erilaiset toiminnalliset ryhmät (Tourunen ym., 2009). Simojoen (2012) mukaan kuntien tiukentuneen taloustilanteen vuoksi psykososiaalisen hoidon toteutumisessa korvaushoidossa on runsaasti kunnittaisia vaihteluja, ja joissakin kunnissa hoito saattaa olla painottunut lääkkeenhakuun. Korvaushoitoasetus (STM 33/2008) tarjoaa hoidolle ainoastaan kevyet raamit, minkä vuoksi korvaushoidon käytännöt vaihtelevat Suomen sisällä runsaasti (Kaipainen ym., 2016; Partanen ym., 2017).

Opioidikorvaushoito on kiinteä osa päihdehoitojärjestelmää myös kansainvälisesti tarkasteltuna. Selinin ym. (2015) muiden tekemän Pohjoismaita koskevan vertailun mukaan hoitokäytänteet kuitenkin vaihtelevat maittain ja alueittain. Vaihtelevuuden taustalla on maiden väliset erilaiset hoitopoliittiset linjaukset sekä se, että hoito on vakiintunut ja juurtunut eri maihin eri aikaan (Selin ym., 2015). Tanskassa korvaushoitoa on toteutettu jo 1960-luvulta saakka, ja hoitoa on toteutettu muita Pohjoismaita vahvemmin potilalähtöisesti ja yksilön toimijuutta vahvistavin keinoin (Asmussen, 2006). Hoito on myös perustunut haittojen vähentämisen periaatteelle vahvemmin kuin muissa Pohjoismaissa (Skretting, 2015). Hoitokäytänteet vaihtelevat Selinin ym. (2015) selvityksen mukaan maittain: Ruotsissa hoidossa tavoitellaan erityisesti kuntoutumista ja päihteettömyyttä, hoitoon pääsyn kriteerit ovat tiukemmat kuin muissa maissa ja hoidossa pysymisen ehdot ovat tarkemmin määritelty. Suomessa hoitojonot ovat pidemmät ja hoidon kattavuus heikompi kuin muissa Pohjoismaissa, ja hoito on myös hajautuneempaa, sillä hoidon valtakunnallisesti keskitetty ohjaus puuttuu (Selin ym., 2015). Hoitokäytäntöjen kansainvälisen vaih-

televuuden ja sen myötä moninaisten kansallisten kuntoutumiskontekstien vuoksi hyödynnän tutkielmani opioidikorvaushoitoa koskevassa lähdekirjallisuudessa pääosin suomalaista kirjallisuutta.

### **2.3 Opioidikorvaushoito kuntoutumisympäristönä**

Opioidikorvaushoito kuntoutumisympäristönä ei ole hoidossa olevan potilaan näkökulmasta aina ongelmaton. Muun muassa Knuuti (2007, s. 87) toteaa, että julkisessa keskustelussa korvaushoitoa on vahvasti kritisoitu ja sen on arvosteltu olevan laillistettua huumeidenkäyttöä, ja Holopainen (2011) tuo esiin, kuinka hoidon on moitittu olevan ilmaista lääkkeenjako huumeriippuvaisille. Knuuti toteaa (2007) korvaushoitoon liittyvän paljon väärinymmärryksiä ja virheellistä tietoa. Buprenorfiinin kaksinaisella asemalla toisaalta väärinkäytettynä päihteenä ja toisaalta korvaushoitolääkkeenä on vaikutuksensa myös yleisiin asenteisiin ja ennakkoluuloihin. Korvaushoidossa oleva potilas saattaa kokea myös päihdekuntoutujien keskuudessa ulkopuolisuutta ja leimatuksi tulemista (Knuuti, 2007). Conner ja Rosen (2008) nostavat esiin häpeäileman kokemusten kompleksisuuden ja toteavat, kuinka korvaushoidossa olevat yksilöt voivat kokea leimatuksi tulemista päihderiippuvuutensa lisäksi myös muista asioista, kuten epäonnistuneeksi koetusta vanhemmuudesta ja mielenterveysongelmista. Heidän mukaansa leimatuksi tulemisen kokemuksilla voi olla laajoja vaikutuksia muun muassa hoitoon hakeutumisen ja hoitotulosten kannalta (Conner & Rosen, 2008).

Leimatuksi tulemisen kokemuksia voivat vahvistaa erinäiset korvaushoidossa toteutettavat valvontatoimenpiteet. Niiden alaiseksi joutuminen saattaa Harrisin ja McElrathin (2012) mukaan vahvistaa addiktiin identiteettiä ja tuottaa hankaluuksia kuntoutumisprosessissa. Korvaushoidossa olevalta yksilöltä edellytetään hoitoyksikön toimintatapoihin mukautumista. Oheiskäyttöä kartoittavaa huumeaseulontaa toteutetaan erityisesti hoidon alkuvaiheissa tiheästi. Mikäli oheiskäyttöä havaitaan, hoitoyksikön taholta voidaan toteuttaa erilaisia kontrollitoimia, kuten lääkityksen, hoitomuodon ja hoitosuunnitelman tarkistamista, potilaan pudottamista pois kotiannosjärjestelystä tai laitoshoidon ohjaamista (Tourunen ym., 2009). Lääkkeen kuljetus hoitoyksikön ulkopuolelle, lääkeannoksen pistoskäyttö ja eteenpäin myyminen pyritään estämään siten, että lääkkeenjako ja

lääkkeen nauttiminen tapahtuvat korvaushoidossa valvonnan alaisena ja niin, että potilaan suuontelo tarkastetaan ennen ja jälkeen lääkkeenoton (Aalto, 2015). Aallon (2015) mukaan potilaan sitoutumista tarkkaillaan läpi hoidon, ja sitoutumattomuutta merkitsee esimerkiksi korvaushoitolääkkeen kuljetus luvatta hoitoyksikön ulkopuolelle tai oheiskäytön salaaminen.

Deeringin ym. (2011) tutkimuksen korvaushoidossa olevat haastateltavat toivoivat jatkuvan kontrollin ja seulonnan sijaan sitä, että heidät kohdattaisiin yksilöinä ja että riippuvuuden todellinen luonne ymmärrettäisiin. Henkilökunnan käytös koettiin usein tuomitsevana ja syyllistävänä, mikä vahvisti huumeriippuvuuteen ja päihdehoitoon kytkeytyvää häpeäleimaa (Deering ym., 2011). Harrisin ja McElrathin (2012) tutkimuksessa havaittiin, että korvaushoidossa olevat potilaat kokivat sääntöjä sisältävän hoitoympäristön, potilaiden ja henkilökunnan välillä vallitsevan valtahierarkian ja epäoikeudenmukaisina koettujen kontrollitoimenpiteiden luovan haasteita kuntoutumiselle ja aikaansaavan kokemuksia siitä, että potilaita kohdeltiin epäluotettavina ”huumeriippuvaisina” riippumatta heidän todellisesta kuntoutumisen tasostaan. Epäluotetuksi tulemisen kokemuksia vahvistivat myös tilanteet, joissa potilasta ei päästetty osallistumaan omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon (Harris & McElrath, 2012).

Hoitotyytyväisyyden ja hoidossa pysyvyyden kannalta on kuitenkin havaittu tärkeäksi, että yksilö pääsee itse vaikuttamaan hoitoonsa, eikä potilaan asema muotoudu vain hoitojärjestelmän määrittämien tavoitteiden ja kontrolli- ja valvontatoimenpiteiden kohteeksi (Granerud & Toft, 2015). Merkitykselliseksi kuntoutumisen edistäjiksi on havaittu muun muassa hoitohenkilökunnan ja potilaiden välisessä yhteistyössä ja -ymmärryksessä toteutettu lääkehoito sekä tuettu päihitteettömyys (Laine & Annala, 2015). Hoitohenkilökunnan ja potilaiden välisten luottamuksellisten suhteiden kehittymistä sekä hoitohenkilökunnan sensitiivistä työskentelyotetta on pidetty kuntoutumisen kannalta ensiarvoisen tärkeinä (Lilly ym., 2000). Simojoki ym. (2012) mainitsevat merkityksellisinä korvaushoidollisina elementteinä hoidon yksilöllisen toteutuksen, potilaan osallistamisen hoidon suunnitteluun ja tätä kautta potilaan motivoinnin kuntoutumiseen sekä päihdepsykiatri-  
sesti integroidun hoidon.

## **2.4 Mitä merkitsee opioidikorvaushoidossa pitkälle kuntoutuminen?**

Korvaushoidossa olevien potilaiden kuntoutumisen tason arviointi ei ole yksiselitteistä. Pitkälle kuntoutuminen merkitsee lukuisia asioita, eikä sitä voida arvioida esimerkiksi vain hoidossa oloajan tai korvaushoitolääkkeestä irti pääsyn kautta. Korvaushoito saattaa merkitä jopa elinikäistä hoitoa (Simojoki ym., 2012; Tourunen ym., 2012). Hoidon pitkäkestoisuuden syynä on usein se, että opioidiriippuvuudesta kuntoutuminen on hitaasti etenevä prosessi, sillä riippuvuudesta kärsivien yksilöiden vaikeudet ovat tyypillisesti kehittyneet pitkän ajan kuluessa ja ulottuvat usealle elämän osa-alueelle (Holopainen, 2011).

Korvaushoitoon hakeutuvilla yksilöillä on usein monimuotoisia elämänvaikeuksia. Tourunen ym. (2009) tutkimuksessa havaittiin, että vaikeudet ulottuvat usealle elämän osa-alueelle: fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen, työllistymiseen, asumisen järjestelyihin sekä arjen hallintaan. Tutkimuksen aineistona toimivat vuosina 2000 ja 2003 K-klinikalla tai Vieroitushoitopoliklinikalla hoitonsa aloittaneen 85 korvaushoitopotilaan hoitokertomukset, joita tarkasteltiin vuoden 2004 loppuun saakka. Tutkimuksessa selvisi, että asunnottomia oli 8 prosenttia ja väliaikaisia asumisratkaisuja oli 40 prosentilla, 89 prosenttia oli työttömiä, ja korkeintaan peruskoulun suorittaneita oli 68 prosenttia. (Tourunen ym., 2009.)

Laineen ja Annilan (2015) tutkimuksen 47 tutkitusta korvaushoitopotilaasta suurin osa, 87 prosenttia, oli työttömiä, asunnottomia oli 11 prosenttia, ja toimeentulo oli tuettua 94 prosentilla. Psykyisiä häiriöitä oli 89 prosentilla potilaista. Kaipiaisen ym. (2016) tutkimuksen reilusta sadasta kyselyyn vastanneesta opioidikorvaushoidossa olevasta potilaasta työttöminä oli suurin osa (62,2 %) ja puolella vastaajista peruskoulu toimi korkeimpana loppuun suoritettuna koulutusasteena. On havaittu myös, että oheiskäyttö on varsin yleistä korvaushoitopotilaiden keskuudessa (Tourunen ym., 2009; Launonen ym., 2016). Esimerkiksi Kaipiaisen ym. (2016) tutkimuksessa havaittiin, että 85 % turkulaisista ja 70 % jyväskyläläisistä korvaushoidossa olevista oli käyttänyt edeltävän vuoden aikana huuumeita tai lääkkeitä hoidon ohella.



Korvaushoito on havaittu toimivaksi ja tehokkaaksi päihdehoidon muodoksi. Selin (2013) on kirjallisuuskatsauksensa pohjalta luetellut korvaushoidon vaikuttavuuden arvioinnissa hyödynnettyjä kriteerejä. Näitä ovat hoidossa pysyvyys, päihteidenkäytön ja riskikäyttäytymisen muutokset, terveydentilan muutokset, yhteiskuntaan integroituminen sekä subjektiivisen elämänlaadun kokemukset (Selin, 2013). Hoidon on todettu vähentävän heroisiin (Mattick ym., 2009) ja muiden laittomien opioidien käyttöä (Aalto ym., 2011), HIV-riskikäyttäytymistä ja huumeisiin kytkeytyvää rikollisuutta (Marsch, 1998) sekä sitouttavan potilaita hoitoon lääkkeettömiä hoitomuotoja paremmin (Mattick ym., 2009).

Onnistunut korvaushoito voi mahdollistaa monenlaisia myönteisiä muutoksia potilaan elämässä. Esimerkiksi Tourusen ym. (2009) seurantatutkimuksessa havaittiin, että korvaushoidossa olevien potilaiden elämässä tapahtui myönteistä kehitystä asumisessa, työllistymisessä sekä päihteidenkäytön suhteen. Selinin (2013) laatiman kirjallisuuskatsauksen mukaan korvaushoidon aikana päihteettömien tai melko vähän päihteitä käyttävien potilaiden osuus lisääntyy merkittävästi, potilaiden asumistilanne kohenee, työllistymisessä tapahtuu edistystä, suhteet läheisiin parantuvat, masennusoireet vähentyvät, koettu elämänlaatu ja sosiaalinen tilanne parantuvat ja huume- ja omaisuusrikosten määrä vähenee.

Kuntoutumisessaan hyvin edenneen, hoitoonsa sitoutuneen ja vakaan elämäntilanteen omaavan potilaan on mahdollista saada korvaushoitolääkettä klinikalta tai apteekista kotiannoksina kahdeksaksi päiväksi, joissakin tapauksissa jopa kahdeksi viikoksi. Lisäksi vakiintunutta hoitoa siirretään päihdekliniikoilta terveyskeskuksissa toteutettavaksi (Partanen ym., 2017). Apteekkijakelu on suunnattu potilaille, jotka ovat vieroittautuneet esimerkiksi erilaisista oheisriippuvuuksista (esim. bentsodiatsepiiniriippuvuus), sitoutuneet kuntoutumiseensa ja hoitoonsa, ja kokevat hallitsevansa korvaushoitolääkkeen kotian-  
nosjärjestelyn (Holopainen, 2009, s.32).

Hoitojärjestelmän perspektiivistä pitkälle kuntoutuminen voi näyttäytyä hoidon aikaisen huumeiden oheiskäytön vähentymisenä tai loppumisena, katkoksettomana hoitona ja hoitoon kiinnittymisenä, hoidollisina joustoina (esim. kotilääkeannokset), sekä korvaushoitolääkkeen apteekkijakeluun tai terveyskeskuksessa toteutettavaan hoitoon siirtymisenä. Potilaan laajemman elämäntilanteen perspektiivistä pitkälle kuntoutuminen voi merkitä yhteiskuntaan integroitumista esimerkiksi työllistymisen tai opiskelun kautta sekä elämän

kokonaistilanteessa tapahtuneita myönteisiä muutoksia, kuten vahvistunutta arjen hallintaa, rikollisuuden vähentymistä tai loppumista, vakaita asumisjärjestelyitä sekä parantunutta fyysistä ja psyykkistä terveyttä. Lisäksi pitkälle kuntoutuminen merkitsee subjektiivista kokemusta elämänlaadun paranemisesta.

Tässä tutkielmassa kiinnostuksen kohteena ovat korvaushoidossa olevien subjektiiviset kuntoutumiskokemukset. De Maeyerin ym. (2008) mukaan päihdehoidon vaikuttavuuden arvioinnissa on toisinaan liikaakin painotettu erilaisia objektiivisia tekijöitä ja yhteiskunnallisesti odotetunlaisia kuntoutumispäämääriä, kuten päihteettömyyttä. Heidän mukaansa kuntoutumisen tasoa ei voida arvioida ainoastaan ulkoisesti havaittavien tekijöiden kautta, vaan tarvitaan subjektiivisesti koetun elämänlaadun arviointia. Subjektiivisten kokemusten tarkastelulla voidaan tavoitella laajempaa ymmärrystä kuntoutumisen prosessista. (De Maeyer ym., 2008.) Perinteisiä sairauskäsityksiä haastava ”recovery”-ajattelu perustuu käsitykseen sellaisesta toipumisesta, jossa välttämätöntä ei ole toipuminen oireettomaksi. Sen mukaan yksilö voi esimerkiksi kokea kuntoutuneensa hyvin ja elävänsä täysin tyydyttävää elämää riippuvuudesta tai lääkityksestä huolimatta. (Rissanen ym., 2013.)

## **2.5 Huumeriippuvuuden problematiikkaa**

Riippuvuusilmiöön kytkeytyvät monenlaiset suhtautumistavat tekevät ilmiöstä ristiriitaisen ja vaikeasti hahmotettavan. Hirschovits-Gerzin (2014) suomalaisten riippuvuuksia koskevia mielikuvia tarkastelevan väitöskirjatutkimuksen mukaan huumeisiin kohdistuu vahvaa moraalista latausta, huumeriippuvuuksia pidetään yksilön kannalta vakavimpina riippuvuuksien muotoina ja ilmiö määrittyy sosiaalisesti ongelmaksi. Hänen mukaansa riippuvuuksia koskevat mielikuvat muotoutuvat sosiaalisesti ja kulttuurisesti. Toteutettava huume politiikka kytkeytyy huumeidenkäyttöä koskeviin sosiaalisesti jaettuihin mielikuviin, jotka rakentuvat mediainformaation, yksityisten ja jaettujen kokemusten, yleisen asenneilmapiiriin sekä tieteellisen tiedon aineksista. Yhteiskunnan ongelmaan reagoinnin tavoilla on yhteys siihen, minkälaiset ongelman kitkemistavat nähdään toimivina ja järkevinä. (Hirschovits-Gerz, 2014.)

Tammen (2007) mukaan 1990-luvun loppupuolelta lähtien Suomessa on toteutettu niin sanottua kahden raiteen huume politiikkaa, jossa yhdistyy toisaalta haittojen vähentämisen paradigma mutta myös rankaisemiseen tähtäävä, huumeisiin kohdistuvaa rikosoikeudellista kontrollia painottava kieltolaki politiikka. Huumeilmiöön vastaaminen kontrolli politiikan keinoin on merkinnyt muun muassa huumeiden käytön ja hallussapidon kriminalisointia sekä kontrollitoimenpiteiden kiinnittymistä osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. (Tammi, 2007.)

Van der Eijk ja Uusitalo (2016) ovat jäsentäneet huumeriippuvuuksista käytävää julkista keskustelua, ja hahmottaneet keskustelun kaksi ääri linjaa: toinen, joka hahmottaa riippuvuuden *sairautena*, ja toinen, joka tulkitsee riippuvuuden *moraalisena* paheena ja *yksilön vastuulla* olevana ongelmana. Moraalinäkökulma hahmottaa riippuvuutta yksilön vapaana valintana ja nautinnonhakuisuutena. Sen mukaan yksilö voi lopettaa toimintansa tahtoessaan, ja moraalinen paheksunta lisää yksilön halukkuutta toteuttaa tämä lopetus. Näkökulman valossa erilaiset kriminaalipoliittiset toimenpiteet nähdään riippuvuusongelman ratkaisemisen kannalta oikeutettuina ja tarpeellisina. Sairausnäkökulma sen sijaan hahmottaa riippuvuutta sairautena, ei vain tahdon asiana. Sen mukaan huumausaineiden pitkittynyt käyttö tuottaa addiktiivisen käyttäytymisen ylläpitoon motivoivia neurobiologisia toimintahäiriöitä. Sairausnäkökulmasta tarkasteltuna huumeiden käyttö on aluksi valinnaista, mutta myöhemmin neurobiologiset prosessit aikaansaavat riippuvuuden ja heikentävät vähitellen yksilön kontrollia ja autonomiaa. (van der Eijk & Uusitalo, 2016.)

Näkökulmissa vuorottelevat toisaalta yksilön vastuuttaminen ja toisaalta ajatus käytön hallitsemattomuudesta sekä siitä aiheutuvasta yksilön yhteiskuntakelpoisuuden, itseohjautuvuuden ja autonomisuuden murtumisesta (Raento & Tammi, 2014). Helneen (2002) mukaan yhteiskunnallisessa keskustelussa huumeriippuvuus nähdään usein osoituksena yhteiskunnalliseen marginaaliin kuulumisesta ja syrjäytymisestä. Marginaaliin kuuluminen merkitsee toiseutta, yhteiskunnan normaliteetin ulkopuolella olemista sekä sijoittumista määrittelyjen ja toimenpiteiden kohteeksi, ja näin ollen jäykkänä kategoriana huumeriippuvuus erottelee ja jäsentää yksilön paikkaa ja asemaa yhteiskunnassa (Helne, 2002). Knuuti (2007, s. 18) onkin todennut huumeita käyttävien yksilöiden kokemuksen omasta erilaisuudestaan olevan usein vahva.

Van der Eijk ja Uusitalo (2016) toteavat huumeriippuvuuden hahmottamistapojen olevan yhteiskunnallisessa keskustelussa usein yksioikoisia, karkeita ja ongelmallisia. Jäykkien vastakkainasettelujen vastapainoksi monitahoisempaa ymmärrystä riippuvuuksista on kuitenkin pyritty vahvistamaan. Esimerkiksi Koski-Jänneksen (2011) riippuvuuden biopsykososiaalisessa mallissa riippuvuutta lähestytään poikkitieteellisesti. Sen mukaan riippuvuus muodostuu neurobiologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden vuorovaikutuksessa. Neurobiologiset prosessit viittaavat fysiologisiin ja automaattisiin prosesseihin, psykologiset tekijät tarkoittavat riippuvuuteen kytkeytyneitä tiedostettuja ja tiedostamattomia mekanismeja, ja sosiaaliset tekijät ovat riippuvuuteen liitoksissa olevia sosiaalisia аспекteja, kuten normeja, arvoja, sosiaalisia paineita, addiktiivista käyttäytymistä tukevia ja mahdollistavia sosiaalisia tekijöitä sekä esimerkiksi erilaisia muutoksen esteitä. Riippuvuus syntyy monimutkaisessa biopsykososiaalisessa prosessissa: riippuvuuden kehittyminen muuttaa yksilöä mutta myös ympäristöä, ja riippuvuudesta vapautuminen merkitsee muutosta biologisissa, psykologisissa ja sosiaalisissa tekijöissä. Koska riippuvuus syntyy osana monitahoisia elämän ongelmia, se ei ole voitettavissa esimerkiksi ainoastaan aivokemiaan vaikuttavalla lääkityksellä. (Koski-Jännes, 2011.) Korvaushoidon kontekstissa huomio on tärkeä: pelkästään korvaushoitolääkitys ei riitä selvittämään yksilön elämän problematiikkaa, vaan kuntoutuminen edellyttää laajempaa ja moniulotteisempaa muutosprosessia.

Koski-Jänneksen (2011) kanssa vastaavia näkemyksiä esittävät van der Eijk ja Uusitalo (2016) riippuvuuden sosiorelationaalisessa jäsennostavassaan. Heidän mukaansa erilaiset ympäristön asettamat taakat ja esteet sekä monenlaiset elämän kolhut muovaavat riippuvuuksien synnylle altistavaa ympäristöä. Esimerkiksi emotionaalinen stressi muovaa aivoja alttiimmiksi riippuvuuden kehittymiselle. Taakkoja ja esteitä voivat esimerkiksi olla kapeat työllistymismahdollisuudet, sosiaalinen syrjäytyminen, leimaaminen, merkityksellisten ihmissuhteiden puute ja taloudelliset paineet. Erilaiset taakat ja esteet kaventavat yksilön toimintamahdollisuuksia ja muovaavat kontekstin, jossa addiktiiviset käyttäytymismallit ja nopean tyydytyksen keinot ilmenevät todennäköisemmin. (van der Eijk & Uusitalo, 2016.)

### **3 HUUMERIIPPUVUUDESTA KUNTOUTUMINEN**

#### **3.1 Kuntoutuminen ja kuntoutujan rooli**

Kuntoutuminen merkitsee kokonaisvaltaista toimintakyvyn ja selviytymiskeinojen vahvistumisen prosessia (Koukkari, 2010). Autti-Rämön ja Salmisen (2016) mukaan viime vuosikymmeninä tapahtunut kuntoutuksen paradigmanurros on merkinnyt vajavuuskeskeisen ja asiantuntijälähtöisen kuntoutumisen toimintamallin muuttumista yksilön autonomiaa painottavaan kuntoutujälähtöiseen paradigmaan. Yksilön toimijuuden painottamisesta on tullut kuntoutumistoimintaa luonnehtiva ideaalitila. Kuntoutus-käsitteen sijaan käytetäänkin kuntoutumisen käsitettä, joka ulkoa päin ohjautuvan toiminnan sijaan merkitsee vahvemmin yksilön omaa roolia ja toimijuutta korostavaa toimintaa. (Autti-Rämö & Salminen, 2016.)

Järvikoski ja Härkäpää (2011) ovat jäsentäneet kuntoutuksen asiakastyön kahta mallia: asiantuntijakeskeistä ja kuntoutujälähtöistä mallia. Asiantuntijakeskeisessä mallissa kuntoutujan rooli muodostuu passiiviseksi toiminnan kohteeksi, ja kuntoutustyöntekijän rooli taas asiantuntijaksi, päätöksentekijäksi ja ohjeiden antajaksi. Sen sijaan kuntoutujälähtöisessä mallissa asiakkaalle tarjoutuu asema, jossa hänen omaehtoisuudelle annetaan tilaa ja jossa hänellä on mahdollisuus suunnitella elämäänsä ja punnita vaihtoehtoja. Kuntoutustyöntekijä toimii tällöin yhteistyökumppanina ja mahdollisuuksien avaajana. Yhteistyösuhteen tavoitteena on lisätä asiakkaan tilannekompetensseja päätöksentekoon. Suhde muovautuu tasa-arvoiseksi, ja siinä pyritään edistämään kuntoutuvan yksilön omia elämäntavoitteita ja voimavaroja sekä poistamaan toimintaympäristön esteitä. (Järvikoski & Härkäpää, 2011.)

Tutkielman keskiössä olevan kuntoutumisen toimijuusnäkökulman taustalla on kuntoutujälähtöinen malli. Kuntoutumisen hahmottamistapana se ei merkitse yksilön vastuuttamista tai järjestelmästä riippumattomuuden korostamista, vaan sitä, että kuntoutuvalle yksilölle tarjotaan apuvälineitä oman elämänhallinnan ja päämäärien tavoitteluun (Jokinen & Juhila, 2008). Myös kuntoutumisen tavoitetasojen määrittely tapahtuu ennen kaikkea kuntoutujälähtöisesti. Esimerkiksi oireettomuus kuntoutumispäämääränä ei arvotu

muiden kuntoutumistavoitteiden, kuten elämänlaadun vahvistumisen ja yksilöllisen voimaantumisen yläpuolelle. (Vanderplasschen ym., 2013.)

Käytännön kuntoutumiskontekstissa ideaaliset tavoitteet eivät kuitenkaan välttämättä toteudu. Juhila (2006) toteaa, että kuntoutusinstituution piirissä oleva yksilö on aina jossain määrin alisteinen institutionaalisille kuntoutustoimenpiteille, hoidon saannin ehdoille ja ongelman määrittelyille. Virokannas (2017) toteaa, että hyvinvointipalvelujärjestelmän tukien ja avun varassa elävien ihmisten pärjääminen on hyvin altista hallinnan suhteiden määräysvallalle.

### **3.2 Toimijuus näkökulmana huumeriippuvuudesta kuntoutumiseen**

Näkökulmana toimijuus ohjaa tarkastelemaan kuntoutumista yksilöllisen elämänkulun, sosiaalisen selviytymisen ja yksilöllisten merkityksenantojen näkökulmasta, ei vain fyysisen toimintakyvyn kautta (Reunanen, 2017, s. 6). Päihdehoidon tavoitteena voidaan nähdä itse päihderiippuvuuden hoidon lisäksi laajempi kuntoutuminen ja yksilön toimijuuden, toimintakyvyn ja osallisuuden vahvistaminen (Rissanen ym., 2013). Lahti ja Pieminäki (2012) toteavat, että toimijuuden ja aidon kuntoutumisen tukemiseksi päihdekuntoutuksessa ei voida keskittyä ainoastaan päihteidenkäyttöön, vaan on huomioitava yksilön koko elämäntilanne.

Toimijuusnäkökulman ydinajatus on se, että yksilö ei ole vain olosuhteisiin reagoiva tai toimenpiteiden passiivinen kohde, vaan olosuhteiden muovaaja. Toimijuus nivoutuu toimintakyvyn käsitteeseen, mutta kun toimintakykyä jäsennetään usein mitattavissa olevien osatekijöiden kautta, toimijuus näyttäytyy ennemminkin toimintakyvyn koettuna, tulkituna, oletettuna ja odotettuna puolena, jonka kautta arkista elämänmenoa voidaan hahmottaa (Jyrkämä, 2007, s. 31).

Kuntoutumisen kentällä toimijuusajatus kiinnittyy viimeisinä vuosikymmeninä tapahtuneeseen kuntoutusparadigman murrokseen, jossa on pyritty antamaan vahvemmin tilaa asiakkaan kuntoutumismotivaation ja pystyvyyden omaehtoiselle viriämiselle sekä asiakkaan omalle kerronnalle ja osallisuudelle. Tällainen ajatusmaailma on taustalla esimerkiksi päihdehoidon kentällä runsaasti hyödynnetyssä motivoivan työskentelyn mallissa

(Miller & Rollnick, 1991). Karjalaisen (2012, s. 20-22) mukaan kuntoutuksen paradigmamurros on ollut osa yhteiskunnan yksilöllistymiskehitystä, jonka myötä käyttöön on tullut useita muutosta kuvaavia ja yksilön osallisuutta, autonomiaa ja subjektiutta korostavia käsitteitä, kuten voimaantuminen, kokemusasiantuntijuus ja asiakassensitiivisyys.

Toimijuusnäkökulman orientaatio ei ole uusi, vaan Marshall (2005) toteaa toimijuuden periaatteen olleen läsnä sosiaalitieteiden tarkasteluissa jo pitkään, vaikka toimijuuden käsitettä ei eksplisiittisesti olisi käytetty. Kuuselan (2006) mukaan toimijuuden käsite kietoutuu yhteiskuntatieteelliseen ikuisuuskysymykseen rakenteiden ja yksilöiden välisistä suhteista. Sosiaalitieteiden kentällä tähän kysymykseen on vastattu lukuisin risteävinkin tavoin. Ääripäissä ovat olleet näkemys yhteiskunnallisille rakenteille alistaisesta toimijuudesta sekä toisaalta näkemys yhteiskunnallisista rakenteista riippumattomasta rationaalista yksilöstä (Eteläpelto ym., 2011, s. 20; Emirbayer & Mische, 1998). Näkemykset pohjaavat filosofisiin ajatussuuntauksiin, joista relationismi ja sosiaalinen konstruktionismi painottavat toimijuuden kontekstisidonnaisuutta ja temporaalista muuntuvuutta, kun taas metodologinen individualismi yksilöllistä, yhteiskunnallisista rakenteista riippumatonta rationaalista toimintaa (Kuusela, 2006; Piironen, 2013, s. 72). Eteläpelto ym. (2011) toteavat, että mikäli toimijuutta tarkastellaan yksilöllisenä piirteenä, on vaarana toimijuuden pelkistyminen yksilöllisiin valintoihin ja kapasiteetteihin. Tutkielmassa tarkastelenkin toimijuutta sosiaalisten, taloudellisten, kulttuuristen ja aineellisten edellytysten rajaamassa todellisuudessa muovautuvana.

Hyödynnän toimijuusorientaatiossani Margaret Archerin (2000; 2003) toimijuusteorian ajatuksia. Archer kyseenalaistaa konstruktionistista ylisosiaalista näkemystä, jossa toimijuus palautuu sosiaaliin rakenteisiin ja saa muotonsa alati muuttuvissa kielellisissä konteksteissa, mutta toisaalta myös individualistisen ajattelumallin tarjoamaa ylirationaalista toimijuuskäsitystä, jossa toimija nähdään riippumattomana ympäröivästä kontekstista. Näiden vastakkaisuuksien sijaan tulisi omaksua käsitys, jossa toimijuus ja rakenteet näytetään erillisinä voimatekijöinä: ei toisiinsa sulautuvina mekanismeina muttei irrallisina entiteetteinäkään. Archerin mukaan toimijuus muovautuu yksilön ja yhteiskunnan dialektisessa suhteessa: yhteiskunnallisilla olosuhteilla on vaikutus toimijuuden rakentumiseen, mutta rakenteet eivät määrää yksilön toimintaa, vaan toimija myös vaikuttaa yhteiskuntaan. Archerin ajatus on se, ettei yhteiskunnan vaikutus yksilöön ole välitön ja suora, mutta yksilöt eivät myöskään toimi täysin yksilöllisesti. Objektiiviset rakenteet luovat

toimijuudelle ehtoja. (Archer, 2000.) Esimerkiksi ympäristön luomilla osallisuuden mahdollisuuksilla on toimijuuden muovautumisessa tärkeä rooli (Siisiäinen, 2010). Toimijoilla on kuitenkin kyky intentionaaliseen toimintaan, harkintaan ja sitoutumiseen, sekä rakenteiden vaikutusten arviointiin. Yksilön ja yhteiskunnan dialektisen suhteen välittäjänä toimii yksilön refleksiivisyys, eli se, kuinka yksilö tiedostaa ulkoisia voimia ja rakenteita ja toimii tämän tietoisuuden kanssa joko rakenteisiin sopeutuen tai niitä vastaan kamppaillen. Refleksiivisyys suojaa yksilöä ulkoisten voimien viettävissä olemiselta. (Archer, 2000, s. 253, 308; Archer, 2003.)

Archerin (2000) mukaan toimijuuden muotoutumisen prosessi liittyy tiiviisti myös identiteetin rakentumiseen. Sisäisen dialogin kautta yksilöt muovaavat identiteettiään ja suhdettaan ulkoiseen maailmaan. Sosiaalisen identiteetin Archer tulkitsee olevan seurausta yksilön persoonallisista emergenteistä voimista sekä toisaalta ympäröivässä todellisuudessa vallitsevista rakenteellisista emergenteistä voimista. (Archer, 2000.)

Yksilön ja rakenteiden vuorovaikutteisesta suhteesta näkyy monissa toimijuuden ymmärrystavoissa. Gordonin (2005, s. 114-115) mukaan toimijuus on sidoksissa yksilön yhteiskunnalliseen sijaintiin, sillä yksilön kulttuurinen ja yhteiskunnallinen asema vaikuttaa yksilön kokemuksiin, tunteisiin, toimintamahdollisuuksiin ja resursseihin. Jyrkämä (2007, s. 205-208) näkee toimijuuden kytkeytyvän niihin konteksteihin, asemiin ja paikkoihin, joihin yksilö kiinnittyy. Jyrkämän muotoileman toimijuutta koskevan modaliteettiteorian mukaan toimijuus muovautuu osaamisen, kykenemisen, täytymisen, voimisen, haluamisen ja tuntemisen kautta, ja jokainen näistä modaliteeteista muovautuu yksilön ja ympäristön suhteessa. Osaamisella tarkoitetaan laajasti erilaisia tietoja ja taitoja. Kykenemisellä taas viitataan fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Täytyminen viittaa fyysisiin ja sosiaalisiin pakkoihin ja rajoituksiin. Voiminen merkitsee tilanteissa ja rakenteissa pilleviä, yksilölle avautuvia mahdollisuuksia. Tunteminen liittyy arviointeihin, arvottamiseen, kokemiseen ja tilanteisiin kytkeytyviin tuntemuksiin. (Jyrkämä, 2007, s. 205-208.)

Toimijuutta teoreettisena käsitteenä on määritelty sosiaalitieteissä lukuisin tavoin, ja se on käsitteenä monitulkintainen ja hämärärajaan. Marshallin (2005) mukaan käsitteenä se kaipaa selvennystä ja jäsentelyä. Hänen mukaansa toimijuus ilmenee 1) ihmisten kyvyssä tehdä valintoja ja olla intentionaalinen, 2) toimijuutta ilmentävässä toiminnassa



(engl. agentic behavior), jota erilaiset resurssit ohjaavat, 3) tavoitteellisessa toiminnassa sekä 4) valintojen sosiofysikaalisessa struktuurissa.

Marshallin (2005) jaottelun pohjalta toimijuus on siis läsnä ihmisille tyypillisessä toiminnassa: valintojen tekemisessä ja intentionaalisuudessa. Riippuvuudesta kuntoutuminen ja elämänmuutos ja niihin sisältyvät tulevaisuuden suunnittelu, vaihtoehtojen punnitseminen, päätöksenteko ja ennakointi jo sinänsä ilmentävät toimijuutta. Hökän ym. (2012) mukaan esimerkiksi elämän murroskohdille tyypilliset identiteetin uudelleenneuvottelut, jotka ovat myös riippuvuuksista kuntoutumisen prosesseissa havaittu tyypillisiksi (ks. McIntosh & McKeganey, 2000), toimivat toimijuuden osoituksina. Toimijuuden tavoitteellisesta luonteesta huolimatta käsittän toimijuuden Honkasalon (2008, s. 81) tapaan toimintana, joka ei merkitse aina suuria ja mullistavia tavoitteita ja muutoksia, vaan joka näyttäytyy myös oman ainutkertaisuuden ja uniikkiuden jäsentämisessä sekä arkisen pienissä asioissa.

Sen lisäksi, että toimijuus on ymmärrettävissä ihmisen toiminnalle luontaisena piirteenä, on toimijuus hahmotettavissa myös prosessina, joka kiinnittyy osaksi laajempaa sosiofysikaalista ympäristöä (Marshall, 2005). Ympäristö luo kuntoutumistoiminnalle mahdollisuuksia mutta myös rajoitteita. Tästä näkökulmasta toimijuuden käsite ohjaa tarkastelemaan kuntoutumista sosiaalisena prosessina, sosiaaliseen ja fyysiseen ympäristöön kiinnittyvänä elämänmuutoksena.

Toimijuuden tarkastelussa on olennaista yksilön elämänsä ja toimijuuden ajallisuuden huomiointi. Hitlinin ja Elderin (2007) mukaan toimijuus ei muovaudu vain tässä hetkessä, vaan saa muotonsa laajemmassa prosessissa, jossa menneisyydelle, nykyisyydelle ja tulevaisuudelle annetaan merkityksiä. Emirbayer ja Mische (1998) ovat nähneet toimijuusteoretisointien vajavuutena nimenomaan ajallisen perspektiivin puuttumisen. He määrittelevät toimijuuden ajallisena prosessina, johon vaikuttavat yksilön orientoituminen menneisyyteensä sekä tapoihin ja tottumuksiin, suuntautuminen tulevaisuuteen ja sen mukaan tuomiin mahdollisuuksiin, sekä nykyisyyteen, jossa yhdistyvät toisaalta menneisyys mutta myös tulevaisuuteen suuntaavat projektit (Emirbayer & Mische, 1998).

Ajallisuutta painottavassa toimijuusnäkökulmassa on yhtymäkohtia tarinalliseen lähestymistapaan. Hännisen ja Valkosen (1998, s. 142) mukaan elämänprojektit saavat ilmiänsä kertomuksissa, joissa menneisyyttä tehdään ymmärrettäväksi, nykyhetkeä mielekkääksi ja tulevaisuutta ennakoitavaksi. Tarinallisessa lähestymistavassa korostuu yksilön toimijuus siten, että esimerkiksi kuntoutuminen voidaan nähdä tarinallisena elämänprojektina, jossa yksilö, toimija, on tarinan päähenkilö. Kuntoutustyössä tarinallisuuden huomiointi merkitsee voimavarasuuntautuneisuutta, yksilön toimijuuden huomioon ottamista sekä kuntoutumistavoitteiden suunnittelua kuntoutujan omien elämänprojektien pohjalta. (Hänninen, 1999, s. 76.)

### **3.3 Huumeriippuvuudesta kuntoutumisen prosessi**

Huumeriippuvuudesta kuntoutuminen on pitkä ja vaativa prosessi, ja monitahoinen elämänmuutos. Riippuvuus on vahvasti ympäristöönsä kytkeytyvä, sosiorelationaalisesti muotoutunut ilmiö (van der Eijk & Uusitalo, 2016). Tämän ajatuksen pohjalta riippuvuudesta kuntoutuminen ja kuntoutus hahmottuu sosiaalisena prosessina, ei vain fysiologisenä ja lääketieteellisenä toipumisena tai väliintulona (Järvikoski ym., 2015; van der Eijk & Uusitalo, 2016; Best ym., 2016).

Riippuvuudesta kuntoutumista on pyritty hahmottamaan erilaisissa vaihemalleissa, jotka ovat jäsentäneet kuntoutumista vaiheittaisena, laadullisesti erilaisia vaiheita sisältävänä kehityskulkuna, johon sisältyy aikomuksia, tavoitteita, sitoutumista ja toimintaa (Järvikoski ym., 2015). Vaihemallit (tunnetuimpana Prochaska ym., 1992) ovat tyypillisesti jäsentäneet käyttäytymisen muutosprosessia siten, että se sisältää ei-aikomisen vaiheen, jossa yksilöllä ei ole vielä aikeita muutokseen, käyttäytymisaikomuksen vaiheen, jossa yksilö on tiedostanut muutostarpeen, toiminnan suunnittelu/valmisteluvaiheen, jossa yksilö voi pyrkiä muutokseen esimerkiksi päihteidenkäyttöä vähentämällä tai siihen voi sisältyä kuntoutumisyrityksiä ja retkahduksia, ja toteutusvaiheen, jossa yksilö muovaa käyttäytymistään, kokemuksiaan ja ympäristöään muutoksen mahdollistamiseksi. Vaihesiirtymiä on selitetty toiminnan suunnittelulla (engl. action planning), minäpystyvyydellä sekä itsesäätelyn suunnittelulla (engl. coping planning). (Schüz ym., 2009.)

Riippuvuudesta kuntoutumisen prosessi on kuitenkin vahvasti yksilöllinen ja subjektiivisiin merkityksenantoihin kytkeytyvä. Kattavan riippuvuudesta irtautumisen prosessikuvausten tekeminen on sen vuoksi hankalaa (Ruisniemi, 2006, s. 243). Kuntoutuminen ei ole aina selitettävissä ainoastaan ulkoisesti havaittavien muutosten kautta, vaan merkityksellistä on myös se, kuinka yksilö itse kokee kuntoutumisen, elämänlaatunsa ja elämänhallintansa, ja niissä tapahtuneet muutokset (Falk ym., 2013, s. 10). Riippuvuudesta kuntoutumisen tarkastelu yksilön kokemusmaailmasta ja merkityksenannoista käsin on keskeistä. Subjektiivisesti koettuna kuntoutuminen on jäsentynyt koettuna muutoksena minäkuvassa (Ruisniemi, 2006), oman toiminnan reflektointina ja uusien toimintatapojen vakiinnuttamisena (Koski-Jännes, 2011), identiteetin murroksena (Dingle ym., 2015; Ruisniemi, 2006; McIntosh & McKeganey, 2000) sekä itsetunnon ja itsetietoisuuden vahvistumisena (Yeh ym., 2008). McIntoshin ja McKeganeyn (2000) mukaan kuntoutumisprosessi on ei-addiktin identiteetin rakentamista, ja se tapahtuu erilaisten narratiivisten keinojen avulla: päihteidenkäytön aikoja tulkitaan uudella tavalla kielteisessä valossa, minuutta jäsennetään uudestaan ja päihteettömyydelle tuotetaan rationaalisia perusteluja.

Yksilön kokemuksista käsin kuntoutuminen jäsentyy usein tarinana tai matkantekona, johon sisältyy erinäisiä tapahtumia ja juonenkäänteitä. Joskus tapahtumat voidaan kokea erityisen merkityksellisinä kuntoutumisen kannalta, ja tällöin niitä on nimitetty käännekohdiksi (esim. Knuuti, 2007, s. 76-77) tai epifaneiksi (Denzin, 2001; Hänninen, 1999, s. 71). Niillä viitataan valaistumisen hetkeen tai pysähdyttävään kokemukseen, joka saa yksilön tiedostamaan muutoksen välttämättömyyden. Käännekokemus on hyvin subjektiivinen tunne, eikä jonkin yksilön kannalta käännteentekevä tapahtuma merkitse toiselle yksilölle välttämättä samaa. (Knuuti, 2007, s. 76-77.) Käännekohdaksi voi muotoutua esimerkiksi satunnainen myönteisenä koettu sosiaalinen kohtaaminen. Erinäiset myönteisenä koetut tapahtumat voivat vahvistaa toisiaan ja muodostaa myönteisen kehävaikutuksen ilmiön (Koski-Jännes, 2011). Myös koettu pohjakosketus voi toimia käännekohtana. Pohjalla käymisen kokemukseen voivat liittyä tunteet täydestä mitättömyydestä ja siitä, että kaikki elämän osa-alueet, muun muassa työ, rahatilanne ja ihmissuhteet, tuntuvat olevan huonossa jamassa (Klingemann, 1991) tai se voi olla ongelmalliseen tilanteeseen liittyvä voimakas ahdistuksen ja kärsimyksen kokemus, joka ilmentää subjektiivisesti koettua päihdeuran pohjimmaista hetkeä (DePue ym. 2014). Toisaalta kuntoutumishalukkuuden syntyminen ei aina liity äkilliseen tapahtumaan tai valaistumiseen, vaan toisinaan prosessia kuvaa paremmin elämäntapaan liittyvä kyllästymisen tunne (Best ym., 2008).

Subjektiivisen muutosprosessin ohella kuntoutuminen tapahtuu myös reaaliaikailman asettamien rajoitusten puitteissa. Muun muassa sosiaaliset normit, asuinalue ja terveydentila rajaavat yksilön toimintamahdollisuuksia. (Hänninen, 1999.) Kuntoutuminen merkitsee sosiaalisen kontekstin sopeuttamista muutokseen ja toisaalta myös ympäristön vastaanottavuutta, kuten yhteiskunnan luomia toiminnan mahdollisuuksia yksilön muutosprojektille (Karsikas, 2005, s. 139-144). Mattila-Aalto (2009) toteaa, että huumeriippuvuudesta kuntoutuminen on sosiaalisvälitteinen prosessi, joka edellyttää sosiaalisen ympäristön tarjoamaa hyväksyntää, arvostusta ja luottamusta, mutta toisaalta myös yksilön orientoitumista päihteettömyyttä tukeviin sosiaalisiin piireihin.

Useissa tutkimuksissa on havaittu päihkeitä käyttävästä kaveripiiristä irtautumisen olevan eräs huumeriippuvuudesta kuntoutumisen avaintekijä (Dingle ym., 2015; Best ym., 2008; Nordfjörn ym., 2010, s. 62). Päihteettömyyttä tukeva sosiaalinen ympäristö merkitsee ympäristöä, joka sisältää mahdollisimman vähän riippuvuustoiminnalle ja retkahduksille altistavia elementtejä. Sosiaalisen ympäristön muovaaminen päihteettömyyttä tukevaksi voi merkitä yksilölle erilaisia käytännön tekijöitä, kuten poismuuttoa ja asuinalueen vaihtamista sekä uusiin harrastuksiin ja aktiviteetteihin osallistumista, ja prosessi voi vaatia runsaastikin ulkoisia tuen muotoja (Best ym., 2008). Huumeiden käytön lopettamiseen ja huume kuvioden katkaisemiseen liittyy myös haasteita, sillä välien katkaiseminen aiempiin verkostoihin voi tuottaa vahvoja yksinäisyyden kokemuksia, etenkin siinä tapauksessa, jos korvaavat sosiaaliset verkostot puuttuvat. Uuden sosiaalisen verkoston rakentamiseen kuluu aikaa, ja ongelmakäyttöön ja usein rikollisuuteen kytkeytyneen alakulttuurin taakse jättäminen voi olla hankalaa. Sosiaalinen tuki ja yhteiskunnan tarjoamat toiminnan mahdollisuudet ovat tärkeä kuntoutumisen ja päihteettömyyden ylläpidon resurssi. (Knuuti, 2007, s. 41.)

Eräs tukipilari riippuvuudesta kuntoutumisessa on päihdekuntoutus, vaikka aina se ei ole riippuvuudesta kuntoutumisen edellytys (ks. Klingemann, 1991). Kuntoutusinstituutio voi kuitenkin tarjota yksilölle tukea vaativassa elämänmuutoksessa ja erilaisia merkityksellistämisen tapoja, joita vasten yksilö voi muovata kuntoutumiskertomustaan (Ruisniemi, 2006). Riippuvuudesta kuntoutuvien yksilöiden puheen onkin havaittu mukailevan hoitoinstituution ylläpitämiä ja tuottamia kuntoutumisnarratiiveja (McIntosh & McKeganey, 2000; Weckroth, 2006). Kuntoutusinstituutio voi tarjota hyvän hoitosuhteen

muovautumisen kautta puitteet riippuvuutta ylläpitävien toimintatapojen tunnistamiselle sekä muutokseen vaadittavien tekijöiden omaksumiselle (Koski-Jännes, 2011). Erityisesti työntekijän ja asiakkaan välillä muotoutuvan hyvän yhteistyösuhteen on havaittu olevan yhteydessä hoitoon sitoutumiseen ja hoidossa pysyvyyteen (Meier ym., 2005), ja hoitosuhteen merkitys voi olla kuntoutuvalle yksilölle spesifejä kuntoutusinterventioita suurempi (Virokannas, 2017; Nordfjörn ym., 2010). Erityisesti ensikohtaamisten merkitys ja rooli on nähty tärkeänä, sillä niihin asiakkaan osalta kytkeytyy odotuksia ja toiveita mutta myös epävarmuutta ja jännitystä (Ehrling, 2009, s. 145). Hoidon alussa muovautuva luottamuksellinen ja molemminpuolista ymmärrystä heijasteleva hoitosuhde ennustaa hoitoon ja sen käytänteisiin sitoutumista (Fischer ym., 2008). Toisaalta institutionaalsiin kohtaamisiin saattaa liittyä myös koettua epäoikeudenmukaisuutta ja määrittely- ja toimenpidevallan kohteena olemista, jotka voivat heikentää yksilön kuntoutumishalukkuutta (Juhila, 2006, s. 96).

Mattila-Aallon (2009) mukaan kuntoutumisen alkuvaiheissa institutionaalisella kontekstilla voi olla kuntoutumisen kannalta erityinen merkitys ja se voi tarjota kuntoutujalle merkityksellisiä sosiaalisia resursseja. Hänen mukaansa on kuitenkin olennaista huomioida, että kuntoutuminen ei tapahdu vain kuntoutuinstitutioiden rajoissa, vaan merkitsee jatkuvaa vuorovaikutusta ympäröivän sosiaalisen kontekstin ja yhteiskunnallisten olosuhteiden kanssa (Mattila-Aalto, 2009).

Ympäröivä yhteiskunta muodostaa raameja kuntoutumiselle. Kuntoutumisprosessille on Mattila-Aallon (2009) mukaan tyypillistä vähitellen tapahtuva irtaantuminen institutionaalisista toimintatavoista ja kiinnittyminen muihin sosiaalsiin ympäristöihin. Päihdehoito tulisi hänen mukaansa nähdä vain yhtenä tekijänä kuntoutumisen moniulotteisessa prosessissa (Mattila-Aalto, 2009). Olennaista on, että kuntoutuvalle yksilöllä on mahdollisuus kiinnittyä hoidon ulkopuolisiin ympäristöihin siten, että hän kokee olevansa osallinen ja hyväksytty (Knuuti, 2007, s. 42). Toimijuutta vahvistava ympäristö on Uusitalon (2015) mukaan sellainen, jossa yksilön kyvykkyyteen tehdä päätöksiä luotetaan ja jossa yksilö voi kokea olevansa vastuussa asioista, joiden hän kokee olevan hänen kontrollinsa alaisia. Sen sijaan huumeidenkäyttäjiin kohdistuva kielteinen asenneilmapiiri voi hankaloittaa kuntoutumisprosessia, murentaa yksilön toimijuutta ja tuottaa vaikeuksia päihteetömiin ympäristöihin kiinnittymiseen (Uusitalo, 2015).

### 3.4 Tutkimuskysymykset

Edellä esitelty opioidikorvaushoitoa, huumeriippuvuutta ja siitä kuntoutumista sekä toimijuutta tarkasteleva tutkimuskirjallisuus muodostavat pro gradu -tutkielmani viitekehksen. Tutkielman lähtökohtana on tarkastella korvaushoidossa pitkälle kuntoutumiseensa edenneiden yksilöiden kokemuksia kuntoutumisesta ja hoidosta. Tutkimuskysymykset muovautuivat tutkimuskirjallisuuden pohjalta seuraaviksi:

- 1) Minkälaisena pitkälle kuntoutuminen aineiston valossa hahmottuu ja merkityksellistyy?
- 2) Minkälainen on kuntoutumiseen kytkeytyvä toimijuuden ajallinen prosessi, ja mitä rajoitteita ja resursseja siihen liittyy?

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tavoitteena on tarkastella aineistolähtöisesti sitä, minkä tekijöiden kautta haastateltavat ovat hahmotettavissa pitkälle kuntoutuneiksi ja kuinka he itse arvioivat ja merkityksellistävät kuntoutumisen prosessiaan.

Toisessa tutkimuskysymyksessä tavoitellaan ymmärrystä siitä, miten yksilöt kuvaavat toimijuutensa muovautuneen kuntoutumisen ajallisessa prosessissa, ja minkälaisia toimijuutta rajoittavia tai toisaalta vahvistavia tekijöitä he kuvaavat prosessiin liittyvän. Toimijuuden resurssit ja rajoitteet liittyvät toisaalta yksilöllisiin tekijöihin mutta myös laajemmin hoitojärjestelmän ja yhteiskunnan tasolla esiintyviin toimijuutta muovaaviin tekijöihin. Ajallisuudella viitataan toimijuuden ajalliseen ulottuvuuteen, jota muun muassa Emirbayer ja Mische (1998) ovat korostaneet. Heidän mukaansa ajallisesti muuttuvat elämäntilanteet sisältävät erilaisia yksilön toimintaa rajoittavia ja vahvistavia konteksteja. Oletuksena on, että muuttuvat elämäntilanteet tuovat yksilöille myös muuttuvia toiminnanmahdollisuuksia. Toimijuus ei merkitse ainoastaan nykyhetkessä tapahtuvaa toimintaa, vaan toimijuus muovautuu myös suuntautumisena menneeseen ja orientoitumisena tulevaan. (Emirbayer & Mische, 1998.)

## **4 TUTKIMUSASETELMA**

### **4.1 Tutkielman lähtökohdat**

Tutkielmani on osa A-klinikkasäätiön vuonna 2015 käynnistynyttä Kelan rahoittamaa tutkimusta, jossa tavoitteena oli kuvata hoitokäytäntöihin, korvaushoidossa käytettävän lääkkeen ja buprenorfiini-naloksoni -lääkkeen apteekkijakeluun vaikuttavia tekijöitä suomalaisessa korvaushoitojärjestelmässä. Tutkimushankkeessa kerättiin useita aineistoja: korvaushoitoklinikoiden ja kuntien edustajien haastatteluaineisto, korvaushoitoyksiköiden työntekijöiltä ja THL:n korvaushoitoverkostolta kerätty kyselyaineisto, potilaiden yleisilanteen kartoittamiseen tähtäävä potilastietorekisteriaineisto sekä korvaushoidossa olevien potilaiden haastatteluaineisto. Pro gradu -tutkielmani aineistona on potilaiden haastatteluaineisto. Tässä osiossa selvitetään korvaushoitoklinikalta apteekkijakeluun tai terveyskeskuspalveluiden piiriin siirtyneiden korvaushoidossa olevien, pitkälle kuntoutuneiden henkilöiden omia kokemuksia hoidosta ja kuntoutumisesta.

### **4.2 Aineistonkeruu ja haastattelu**

Tutkielmassa käyttämäni haastatteluaineisto kerättiin syksyn 2017 aikana. Haastateltaviksi pyydettiin opioidikorvaushoidossa olevia henkilöitä, jotka olivat korvaushoitolääkkeen apteekkijakelussa, sekä henkilöitä, jotka muuten täyttivät apteekkijakelun kriteerit, mutta eivät olleet vielä siirtyneet tai eivät olleet halunneet siirtyä korvaushoitolääkkeen apteekkijakeluun. Näin pyrittiin saamaan haastateltaviksi pitkälle kuntoutuneita korvaushoitopotilaita. Koska haastateltavat rekrytoitiin tutkimukseen päihdehoitoa toteuttavien klinikoiden toimesta, myös kuntoutumisen arviointi tapahtui heidän taholtaan. Tavoitteena oli saada mukaan 10-20 haastateltavaa. Haastatteluita toteutettiin yhteensä 13.

Korvaushoitoa toteuttavat päihdehoitoklinikat avustivat haastateltavien hankinnassa ja antoivat haastateltaviksi suostuville tutkimuksen informaatiokirjeen (ks. liitteet). Informaatiokirjeessä kerrottiin lyhyesti tutkimuksesta, sen luottamuksellisuudesta sekä siitä,

ettei haastattelusta kieltäytyminen vaikuta hoidon saantiin. Haastattelut toteutettiin kolmella eri paikkakunnalla. Yksi haastattelu tehtiin puhelimitse ja loput haastatteluista toteutettiin kasvotusten haastateltavan kanssa. Luvat haastatteluja varten haettiin korvaushoitoa järjestävältä organisaatiolta.

A-klinikkasäätiön tutkija Teemu Kaskela toteutti 13 haastattelusta kuusi ja itse toteutin niistä viisi. Yhdessä toteutimme kaksi haastattelua. Haastattelumenetelmänä toimi puolistrukturoitu teemahaastattelu. Teemahaastattelurunko (ks. liitteet) muotoiltiin ennen haastattelujen tekemistä. Se koostui viidestä teemasta: taustatiedoista, hoitohistoriasta, elämäntilanteen muutoksista hoidon aikana, tulevaisuudensuunnitelmista sekä hoitoon liittyvistä kokemuksista ja mielipiteistä. Taustatiedoista kysyttiin ikä, sukupuoli, ylin koulutus, siviilisääty, asumismuoto ja työ. Hoitohistoria-teemassa keskusteltiin päihteidenkäytön historiasta, hoitohistoriasta, korvaushoitoprosessista yleisesti sekä hoidollisista tavoitteista. Elämäntilanteen muutokset -osiossa tarkasteltiin hoidon ja kuntoutumisen tuottamia sosiaalisia, taloudellisia ja subjektiivisia elämänmuutoksia. Tulevaisuuden suunnitelmat -teemassa kysyttiin tyytyväisyyttä nykyiseen elämäntilanteeseen sekä tulevaisuuden tavoitteista. Kokemukset ja mielipiteet -osiossa kysyttiin mielipiteitä hoidosta sekä keskusteltiin hoitoa koskevista kehittämis ehdotuksista. Lopuksi haastateltavilta kysyttiin, oliko heillä itsellään vielä noussut mieleen jotain sanottavaa tai kommentoitavaa.

Haastattelurakenteen toimivuutta testattiin ensimmäisissä haastatteluissa, ja jos jokin aihealue ei sopinut kokonaisuuteen, sitä muokattiin. Esimerkiksi tulevaisuuden suunnitelmat -osiota suunniteltiin alun perin laajemmaksi, mutta kahdessa haastattelussa se ei tuntunut sillä laajuudella toimivan, joten sitä kavennettiin. Haastateltavat olivat jo niin pitkällä kuntoutumisessaan, että useampi kysymys kuntoutumistavoitteista ei soveltunut kontekstiin. Hyvärinen (2017, s. 22) toteaaakin, että teemahaastattelurunko on tutkijan muovaama konstruktio, joka ei välttämättä käy yhteen niihin tapoihin, joilla haastateltavat itse jäsentävät kokemuksiaan.

Haastatteluissa pyrimme mahdollistamaan sen, että opioidikorvaushoidossa olevien henkilöiden kuntoutumiskokemukset pääsivät näkyville. Teemahaastattelurunko ohjasi keskustelua niin, että tutkimusongelman kannalta tarpeelliset teemat tulivat käsitellyiksi, mutta tarkkoja kysymysmuotoja tai -järjestyksiä ei ennalta määriteltä, vaan keskustelun



omaehtoisuudelle jätettiin tilaa. Hirsjärven ja Hurmeen (2015, s.103) mukaan teemahaastattelussakin kuitenkin voidaan tarvittavan tiedonsaannin turvaamiseksi suunnitella etukäteen keskustelua ohjaavia kysymyksiä, ja näin toimittiin myös tässä tapauksessa: haastattelua varten oli koossa karkea teemarunko, mutta jokaisen teeman alle oli myös muotoiltu joitain tarkempia, strukturoituja kysymyksiä, jotka toimivat haastattelijan muistintukena sekä keskustelun tukipilareina, jos keskustelu ei muutoin edennyt. Haastattelun teemarakenteesta huolimatta keskustelut muotoutuivat haastateltavien näköisiksi siten, että keskustelut painoutuivat haastateltavien esiin nostamiin ja painottamiin aihealueisiin. Hirsjärvi ja Hurme (2015, s.103) luonnehtivatkin teemahaastattelun olevan lähempänä strukturoimatonta haastattelua kuin strukturoitua: vaikka teemat suunnitellaan etukäteen, haastattelumetodi antaa tilaa tilanneratkaisujen tekoon.

#### **4.3 Eettisyys ja sensitiivisyys**

Tutkimuseettinen neuvottelukunta<sup>1</sup> jaottelee ihmistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet kolmeen osa-alueeseen: tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, vahingoittamisen välttämiseen sekä yksityisyyteen ja tietosuojaan. Nämä periaatteet muodostavat tieteen sisäiset normit ja menettelytavat, minkä vuoksi ne oli tarpeellista huomioida läpi myös tämän tutkielman tekoprosessin. Periaatteet muodostavat kuitenkin vain tutkimuseettisen lähtökohdan, joten kunkin yksittäisen tutkimuksen kohdalla on tarpeen tehdä tapauskohtaista eettistä pohdintaa (Kuula, 2011).

Tutkittavien itsemääräämisoikeuden toteutumisen kannalta tutkittavien informointi ja tutkimuksen osallistumisen vapaaehtoisuus oli olennaista. Haastateltaviksi suostuneita informoitiin tutkimustiedotteella (ks. liitteet), jossa kerrottiin tutkimuksen tavoitteista, osallistumisen vapaaehtoisuudesta, aineiston käsittelyn luottamuksellisuudesta ja anonymiteetistä sekä siitä, että kieltäytyminen tutkimuksesta ei vaikuta henkilöiden hoitoon millään tavoin. Jokaiselta haastateltavalta kysyttiin vielä erikseen lupa haastattelujen äänittämiseen kunkin haastattelutilanteen alussa. Jokainen haastateltava antoi luvan äänittämiseen.

---

<sup>1</sup> Haettu 7.1.2019 Tutkimuseettisen neuvottelukunnan internetsivuilta <https://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteissa>

Haastattelutilanteissa haastateltavan kohtaamisen tavat ovat osa vahingoittamisen välttämisen periaatetta. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan periaatteiden mukaisesti tutkimuksessa tulee välttää henkisten, taloudellisten ja sosiaalisten haittojen tuottamista tutkittaville. Haastateltavan kunnioittava kohtaaminen on tärkeää, ja erityisesti sensitiivisten aiheiden kohdalla haastattelutilanteeseen liittyvä vuorovaikutus ja kohtaamisen tavat on syytä asettaa erityisen huomioinnin kohteiksi.

Vahingoittamisen välttämisen periaate on olennainen osa jo haastattelujen suunnitteluvaihetta, jossa haastattelurunko pyritään muotoilemaan siten, ettei se sisällä tutkimuksen kannalta epärelevanttejä kysymyksiä. Esimerkiksi päihteidenkäytön aloittamisen syiden puinti jätettiin tarkoituksella haastatteluista pois, sillä aiheen läpikäynti olisi vienyt paljon aikaa ja se olisi voinut tuottaa tarpeetonta henkistä raskautta haastateltaville. Tutkimusproblematiikka liittyi päihteidenkäytön aloittamisen syiden sijaan kuntoutumiskokemusten tarkasteluun. Tutkimusaiheen sensitiivisyys oli huomioitava läpi tutkimusprosessin aineistonkeruun suunnitteluvaiheesta kirjoittamisvaiheeseen.

Aineiston huolellinen säilyttäminen ja tutkittavan yksityisyyden suojaaminen ovat tutkimuseettikan toteutumisen kannalta olennaisia seikkoja. Tutkimusaineisto säilytettiin salasanasuojauksen takana tietokoneella. Aineistoa anonymisoitiin muun muassa poistamalla henkilönimet ja muut erisnimet, kuten työpaikat, koulut ja asuinalueet (ks. Kuula, 2011). Korvaushoidossa olevia henkilöitä on Suomessa varsin vähäinen määrä, joten tunnistaminen jo pelkästään paikkakunnan perusteella voisi olla mahdollista. Tutkittavien tarkkaa ikää ei tuotu esille. Aineistokatkelmiin ei merkitty pseudonyymiä, sillä tällöin aineistokatkelmat olisi voitu yhdistää kunkin henkilön kertomuksista tunnistettavaksi kokonaisuudeksi.

Tutkimushankkeelle, jonka osa pro gradu -tutkielmani on, haettiin hyväksyntä A-klinikkasäätiön eettiseltä toimikunnalta hankkeen käynnistymisvuonna 2015. Tutkielmalleni myönnettiin A-klinikkasäätiön taholta erillinen tutkimuslupa tutkimuslupahakemustani vastaan lokakuussa 2017. Tutkimuslupahakemukseen liitin pro gradu -tutkielmani tutkimussuunnitelman sekä tein selvityksen käytettävistä aineistonkeruumenetelmistä, aineiston säilytykseen liittyvistä seikoista sekä eettisistä näkökulmista liittyen muun muassa

tutkittavien informointiin. Allekirjoitin myös henkilökohtaisen vaitiolositoumuksen A-klinikkasäätiöllä heinäkuussa 2017.

#### 4.4 Aineisto

Aineisto koostui 13 opioidikorvaushoidossa olevan henkilön haastattelusta. Haastatelluista kuusi oli naisia ja miehiä seitsemän. Haastateltujen iät vaihtelivat 30 ja 50 ikävuoden välillä. Haastateltavien keski-ikä oli 37 vuotta. Viidellä haastatellulla oli lapsia. Eronneita tai naimattomia/ei-seurustelevia kertoi olevansa kuusi haastateltavaa. Seitsemällä haastateltavalla oli seurustelukumppani.

Kaikki haastatellut olivat haastatteluhetkellä opioidikorvaushoidossa, ja heistä jokainen oli arvioitu päihdehoitoa toteuttavan klinikan taholta pitkälle kuntoutuneeksi. Haastateltavien keskimääräinen hoidossaoloaika oli haastatteluhetkellä reilu 10 vuotta. Hoidossaoloaika vaihteli puolestatoista vuodesta 15 vuoteen. Tutkimukseen osallistuneista kuudella korvaushoitolääkityksenä toimi buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmiste Suboxone, yhdellä buprenorfiinivalmiste Subutex ja kuudella metadoni. Päivittäiset annoskoot vaihtelivat buprenorfiinipohjaisten lääkevalmisteiden kohdalla 2 milligrammasta 16 milligrammaan. Metadonin kohdalla päivittäiset annoskoot vaihtelivat 40 milligrammasta 125 milligrammaan.

Viisi haastateltavaa oli korvaushoitolääkkeen apteekkijakelun piirissä ja kaksi haastateltavaa oli siirtynyt terveyskeskuksessa toteutettavaan korvaushoittoon. Apteekkijakelun piirissä olevista neljä henkilöä haki lääkkeensä kahden viikon välein ja yksi kerran viikossa. Kuudella haastateltavalla lääkityksenä oli metadoni, jolloin apteekkijakeluun siirtyminen ei ollut mahdollista. Metadonilääkityksellä olevista viisi haki lääkkeensä päihdeklinalta kerran viikossa ja yksi terveyskeskuksesta kerran viikossa, mutta hänelle lääkeannos annettiin valvotusti ryhmäkuntoutuskodissa.

Tutkimuksen haastateltavat kertoivat ensimmäisten päihdekokeilujensa tapahtuneen 8-15 vuoden ikäisinä. Suurin osa haastatelluista kertoi alkoholin olleen ensimmäinen kokeiltu päihdyttävä aine. Alkoholikokeilut olivat tapahtuneet 11-15 vuoden ikäisinä. Kolme

haastateltavaa mainitsi ensimmäisten päihteidenkäyttökokemustensa liittyneen alkoholin ohella liiman tai butaanin imppaamiseen 8-12 vuoden ikäisenä. Yksi haastateltava kertoi kannabiksen olleen ensimmäinen kokeiltu päihde. Päihteidenkäyttö oli haastateltavilla edennyt vähitellen vahvempiin aineisiin ja lopulta opiaattien käyttöön, joka oli alkanut 14-25 ikävuoden välillä ensin kokeiluina ja myöhemmin päivittäisenä käyttönä. Eniten oli mainintoja heroisiin ja Subutexin päihdekäytöstä. Muiksi opiaateiksi mainittiin morfiini, oksikodoni ja kodeiini. Päihtymistarkoituksessa mainittiin käytetyn myös amfetamiinia, ekstaasia, LSD:tä, joitakin muuntohuumeita sekä rauhoittavia lääkkeitä kuten bentsodiatsepiineja ja pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia lääkevalmisteita (PKV-lääkkeet) sekä joitakin muuntohuumeita.

Aineistossa 10 haastateltavalla oli suoritettuna jokin tutkinto peruskoulun lisäksi: seitsemän haastateltavaa oli suorittanut toisen asteen ammattitutkinnon ja kolme käynyt lukion. Lukion käyneistä kaksi oli suorittanut korkeakoulututkinnon. Kahdella korkeakoulututkinto oli vielä kesken. Kolmella haastateltavalla ylimpänä koulutuksena oli peruskoulu. Osa haastateltavista suunnitteli kesken jääneiden opintojen uudelleen aloittamista. Suurin osa vähintään toisen asteen tutkinnon suorittaneista oli aloittanut tai viimeistellyt opintonsa korvaushoidon aikana. Kolme haastateltavaa suunnitteli opintojen aloittamista. Varsinaisten opiskeluiden lisäksi kuusi haastateltavaa oli käynyt hoidon aikana kokemus- asiantuntija- tai vertaisohjaajakoulutuksen. Ainoastaan yksi haastateltava kertoi olevansa työtön ja yksi eläkkeellä. Loput olivat joko palkkatyössä, työkokeilussa, kuntouttavassa työtoiminnassa tai opiskelemassa. Asumismuoto tuli ilmi yhdeksän henkilön osalta. Suurin osa haastateltavista asui vuokralla, mutta eräs haastateltava kertoi asuvansa omistus- asunnossa ja eräs haastateltava tukiasunnossa. Terveystilasta ei erikseen haastatteluissa kysytty, mutta useat haastateltavat kertoivat C-hepatiittitartunnastaan.

Seitsemällä haastateltavalla oli nykyisen korvaushoidon aikana ollut oheiskäyttöä ja retkahduksia. Suurimmalla osalla retkahdukset olivat olleet kannabiksen käyttöä. Retkahdukset ja oheiskäyttö olivat lähes kaikilla tapahtuneet hoidon ja kuntoutumisprosessin alkuvaiheessa ja niistä oli aikaa jo useampia vuosia. Muutama haastateltava kertoi kuitenkin viime aikaisesta alkoholin ongelmakäytöstä sekä kannabiksen käytöstä. Neljän haastateltavan kohdalla oheiskäyttöä ei korvaushoidon aikana ollut ollut lainkaan, vaan he kuvailivat korvaushoitoon tullessaan tehneensä päätöksen olla ilman päihteitä.

## 4.5 Aineiston analyysi

Aineiston kokonaiskesto oli noin 670 minuuttia. Litteroin aineiston pian haastatteluiden jälkeen, jotta keskustelutilanteet olisivat mahdollisimman kirkkaasti mielessäni. Litteroitua materiaalia kertyi 115 sivua. Litteroinnit tein puhekieltä noudattaen ja sanatarkasti merkitsemättä kuitenkaan täytesanoja.

Aineiston analyysi tapahtui laadullisen sisällönanalyysin keinoin. Haastateltavien tuottaman puheen ymmärsin kuntoutumista koskevana *kertomuksina*. En toteuttanut kuitenkaan narratiivista analyysiä tai tarkastellut kutakin haastattelua yhtenä analyttisenä kokonaisuutena, vaan erittelin aineistoa luokitellen, kategorisoiden, yhdistellen ja eritellen. Tarkastelin haastateltavien puhetta totuudenmukaisina kuvauksina heidän kokemuksistaan, ja tällä tavoin sitouduin Archerin (2000; 2003) esittämään näkemykseen sosiaalisesta realismista: kokemukset perustuvat maailmaan, joka on objektiivisesti olemassa, ja näin ollen kokemukset eivät ole vain puhtaasti subjektiivisia.

Aineiston tekstiksi purkamisen jälkeen kävin läpi aineistoa lukien ja muistiinpanoja tehden. Tutkimuskysymykseni olivat tässä vaiheessa laajoja, kuten ”mitkä tekijät edistävät kuntoutumista?” ja ”miltä kuntoutumisen prosessi näyttää?” Ennen aineiston koodaamista muodostin kustakin haastattelusta tiivistelmän, jonka avulla hahmottelin itselleni haastateltavien elämänkulkua ja kuntoutumisen prosessia.

Aineiston koodaus tapahtui laadullisen aineiston käsittelyyn tarkoitettulla NVivo11-ohjelmalla. Saldaña (2009) luonnehtii aineiston koodaamista monivaiheiseksi prosessiksi, jossa aineiston problematiikka vähitellen muotoutuu ja aineistolle soveltuvat luokittelun tavat tarkentuvat ja jäsentyvät. Yksiselitteisesti oikeaa tapaa tehdä luokittelu on kunkin aineiston erityislaatuisuuden vuoksi mahdotonta sanoa. Aineisto oli monipuolinen ja runsas, mikä edellytti aineiston läpikäyntiä useaan otteeseen, tutkimusongelman pohdintaa ja tutkimuksellisen rajauksen mietintää.

Luokitteluprosessini eteni kolmen vaiheen kautta. Ensimmäisellä kierroksella toteutin mahdollisimman aineistolähtöistä luokittelua, jolla pyrin muodostamaan tiivistettyä kokonaiskuvaa aineistosta. Kuitenkaan puhdas aineistolähtöisyys ei ole mahdollista, sillä

aineiston käsittelyn, koodaamisen ja valitun tutkimusasetelman taustalla vaikuttavat vääjäämättä tutkijan subjektiiviset esioletukset ja teoreettiset ideat (Ruusuvuori ym., 2010).

Ensimmäisen karkean luokittelukierroksen jälkeen haastateltavien kuntoutumiskertomusten kokonaisuus vähitellen hahmottui minulle. Kuntoutumiskertomukset hahmottuivat retrospektiivisenä, tarinallisena kerrontana, jossa menneisyyttä, nykyisyyttä ja tulevaisuutta jäsennettiin tarinallisten konventioiden kautta (Laszlo, 2009). Tarinallisen kerronnan avulla yksilöt tekivät selkoa elämänsä elämänsä, omasta menneisyydestään, kuntoutumisprosessistaan sekä päihitteettömästä nykyisyydestä ja tulevaisuudesta (ks. Hänninen & Koski-Jännes, 1999). Tässä vaiheessa tutkimuskysymykseni muovautuivat tarkemmiksi: kiinnostuin siitä, minkälaisena ajallisena prosessina kuntoutuminen näyttäytyi, ja minkälaisia rajoitteita ja resursseja prosessiin liittyi. Hahmotin aineiston kertovan päihderiippuvuudesta kuntoutumista laajemmasta elämänmuutoksesta, johon liittyi toimintamahdollisuuksien ja -valmiuksen laajentuminen ja vahvistuminen. Päädyin hyödyntämään toimijuuden käsitettä aineiston teoreettisena apuvälineenä. Ajallisuuden huomiointi toimijuuden tarkastelussa on Emirbayerin ja Mischen (1998) näkemysten mukaan olennaista, sillä sosiaalisiin ympäristöihin ja konteksteihin kiinnittyminen on temporaalisesti vaihtelevaa.

Kuntoutumiskertomuksissaan haastateltavat antoivat elämäntilanteen kokonaisuudelle, kuten riippuvuusaktiiviteeteille sekä subjektiivisille, sosiaalisille, taloudellisille ja institutionaalisille tekijöille erilaisia merkityksiä sen mukaan, mihin elämänvaiheeseen heidän kerrontansa kulloinkin suuntautui. Aineiston luokittelun toisella kierroksella huomioin tämän temporaalisuuden hahmottamalla aineistosta viisi ajallista vaihetta, joissa jokaiseen sisältyy tietynlaisia kuvauksia elämän ja arjen kokonaistilanteesta. Toimijuuden tarkastelun kannalta elämän kokonaistilanteen huomiointi analyysissä oli olennaista. Ajalliset vaiheet nimesin seuraavasti:

- 1) huumeidenkäytön aika
- 2) kuntoutumishalun etsintävaihe
- 3) kuntoutumishalun vahvistumisen ja hoitoon kiinnittymisen aika
- 4) hoidon keventymisen/nykyinen aika sekä
- 5) tulevaisuus.

Ensimmäiseen vaiheeseen sisältyivät kuvaukset huumeidenkäytön ajasta ja riippuvuuteen kytkeytyvästä menneisyydestä. Toiseen vaiheeseen sisältyivät kertomukset ajasta, jolloin yksilö oli havahtunut huumeidenkäytöstä aiheutuneisiin kielteisiin seurauksiin ja toteuttanut kuntoutumisyrityksiä. Kolmanteen vaiheeseen sijoituivat kertomukset siitä, kuinka korvaushoitoon lopulta oli hakeuduttu ja kuntoutumiseen vähitellen sitouduttu. Neljännteen vaiheeseen lukeutuivat kuvaukset nykyhetkestä ja pitkälle kuntoutumisesta sekä hoidollisista muutoksista kuten kevennettyyn terveyskeskusjakeluun tai korvaushoitolääkkeen apteekkijakeluun siirtymisestä. Viidenteen vaiheeseen sijoituivat kertomukset tulevaisuudesta ja siihen liittyvistä odotuksista.

Kolmannella luokittelukierroksella tarkastelin aineistoa toimijuuden näkökulmasta. Paikansin analyysini Tuomen ja Sarajärven (2018) kuvaamaan teoriaohjaavaan sisällönanalyysiin, sillä aineiston luokittelu tapahtui aineiston ehdoin, mutta toimijuuden näkökulma toimi aineiston tulkinnallisena kehyksenä. Aineiston kolmannella luokittelukierroksella hahmotin aineistosta ilmeneviä kuntoutumiseen liittyviä toimijuuden rajoitteita ja resursseja. Jokaiseen ajalliseen vaiheeseen kytkeytyikin niitä; esimerkiksi huumeidenkäyttö piirtyi haastateltavien kuvauksissa vahvasti kapean toimijuuden aikana, jota riippuvuusaktiviteetit rytmittivät, mutta toisaalta yksilöt nostivat esiin myös huumemenneisyyteen liittyvää kaipuuta, ja sitä kuinka esimerkiksi huumausaineiden myyminen oli vahvistanut taloudellista elämäntilannetta ja mahdollistanut mieluisten hankintojen tekemistä. Hoi-toon kiinnittymisen aikaan sisältyi sekä toimijuutta rajoittaneita seikkoja että toimijuuden resursseja. Nykyinen aika pitkälle kuntoutumisen perspektiivistä näyttäytyi kertomuk-sissa eritoten toimijuuden resurssien kautta, mutta myös toimijuutta rajoittavia tekijöitä, kuten huumemenneisyyteen kytkeytyviä ennakkoluuloja nostettiin esiin. Seuraavissa tu-losluvuissa käyn tarkemmin läpi kuntoutumistarinoita, niiden kulkua sekä toimijuuden ilmentymiä.

Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa (talukko 1) kuvaan esimerkin kautta aineiston luokittelun tapaani.

*Taulukko 1. Esimerkki aineiston luokittelusta*

Alkuperäinen ilmaisu/lausuma	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä tekijä
<i>"se oli niin semmosta hektistä se elämä ja sitä elettiin vaan siihen seuraavaan piikkiin ja taas sitten seuraavaan"</i>	<i>Hektistä piikistä piikkiin elämistä</i>	<i>Riippuvuus-aktiviteetit</i>	<i>Huumeidenkäytön aika</i>	HUUMEIDEN KÄYTÖN AIKA TOIMIJUUDEN RAJOITTEENA
<i>"Se oli joka aamu heräsit, hommasit rahaa ja sit sitä kamaa ja sit se oli taas sitä samaa heti seuraavana päivänä uuestaan"</i>	<i>Rahan hankinta ja päivien samanlaiset sisälöt</i>	<i>Riippuvuus-aktiviteetit Taloudelliset tekijät</i>	<i>Huumeidenkäytön aika</i>	
<i>"On ollu vanhempiin hyvä suhde, mut sitten, kun se poika oli niillä, ku se niille sijoitettiin, niin sillan meillä oli huonot välit. Että kun mää käytin ja en mä sinne menny sillai sekasin, mut ei mun isä puhunu mulle moneen vuoteen."</i>	<i>Huonot välit omiin vanhempiin ja vanhemmuuden haasteet</i>	<i>Riippuvuus-aktiviteetit Sosiaaliset tekijät</i>	<i>Huumeidenkäytön aika</i>	



## 5 TULOKSET

Tässä luvussa vastaan tutkielmani kahteen tutkimuskysymykseen: ”Minkälaisena pitkälle kuntoutuminen aineiston valossa hahmottuu ja merkityksellistyy?” ja ”Minkälainen on kuntoutumiseen kytkeytyvä toimijuuden ajallinen prosessi, ja mitä toimijuuden rajoitteita ja resursseja siihen liittyy?”. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaan alaluvussa 5.1. Toiseen tutkimuskysymykseen vastaan alaluvuissa 5.2. – 5.5., joissa erittelen tarkemmin toimijuuden ja kuntoutumisen ajallisia vaiheita sekä niihin liittyneitä toimijuuden resursseja ja rajoitteita.

Seuraavan sivun kaavio (*kaavio 1*) esittelee tutkielmani tuloksia. Kaavion vasemmassa reunassa näkyvät aineistosta erottamani viisi ajallista vaihetta. Keskellä on kuvattu ajallisiin vaiheisiin kytkeytyneitä toimijuuden resursseja ja rajoitteita. Oikeassa reunassa näkyvät aineistosta erotellut toimijuuden kolme tyyppiä. Toimijuuden tyypit kuvaavat sitä, minkälaiset kuvaukset kussakin ajallisessa vaiheessa korostuivat. Kaavio tavoittelee tulosten tiivistä havainnollistamista, mutta tulee samalla häivyttäneeksi aineiston monipiirteisyyttä.

*Kaavio 1. Kuntoutumisen ajalliset vaiheet, toimijuuden muovautuminen ja toimijuuden rajoitteet ja resurssit*

	Toimijuuden resurssit	Toimijuuden rajoitteet	Toimijuuden prosessi
<b>Huumeidenkäytön aika</b>	Aikaan liittyneet myönteiset merkitykset, mm. huumeiden myynnistä aiheutunut taloudellisesti vakaa tilanne, huumausaineista saatu mielihyvä, laaja sosiaalinen verkosto, arjen jännittävyys	Riippuvuuden kahlitsevuus, huumeidenkäytöstä aiheutuneet kielteiset seuraukset, mm. kielteinen minäkuva, taloudelliset vaikeudet, terveydelliset vaikeudet, haasteet läheisissä ihmissuhteissa ja vanhemmuudessa	<b>Kapea toimijuus</b>
<b>Kuntoutumishalun etsintävaihe</b>	Kuntoutumishalun herääminen, hoitomotivaatio, käännekohtat, huume kuvioihin kyllästyminen	Vaikeus irrottautua huume kuvioista, vieroitusoireet, hoidonsaannin vaikeudet	
<b>Kuntoutumishalun vahvistumisen ja hoitoon kiinnittymisen vaihe</b>	Hoitoon pääsy, kunnioittava ja yksilöllä huomioiva kohtaaminen, luottamukselliset hoitosuhteet, oikeudenmukaiset hoitokäytänteet, yksilöllinen kohtaaminen, parisuhteen ja muiden läheisten ihmissuhteiden tuki, vertaistuen saaminen	Irrallisuuden, erillisyyden ja ulkopuolisuuden kokemukset: epäoikeudenmukaisena koettu hoidollinen kontrolli, ei-yksilöity hoito, leimaavat käytänteet, laajemmat yhteiskunnalliset kielteiset asenteet ja ennakkoluulot	<b>Tuettu toimijuus</b>
<b>Hoidon keventymisen aika/nykyinen aika</b>	Hoidolliset joustot, apteekkijakelu, kevennetty terveyskeskushoito, harventuneet lääkkeenhaut, uudet elämänsisällöt mm. arjessa, sosiaalisissa suhteissa, työssä ja opiskelussa, ja vahvistunut itsearvostus, vanhemmuus, vertaistuen antaminen, kokemusasiantuntijuus, tavallinen arki	Häpäeäleimat ja itsesyytökset, päihteettömyyden ylläpitoa hankaloittavat ihmissuhteet, terveysongelmat	
<b>Tulevaisuus</b>	Päihteettömän tulevaisuuden suunnittelu, korvaushoitolääkityksen lopettaminen, haaveet mm. työn ja opiskelun osalta, "perinteinen suomalainen unelma"	Pelko lääkityksen lopettamisesta	<b>Vahvistunut toimijuus</b>

## 5.1 Pitkälle kuntoutumisen prosessi

Haastateltavia yhdisti kokemus pitkälle edenneestä kuntoutumisesta. Pitkälle kuntoutuminen ilmeni aineistosta seuraavin tavoin:

- 1) tarinallisena prosessina, jossa nykyistä aikaa verrattiin menneeseen, kuten huumeidenkäytön aikaan ja hoitoon hakeutumisen aikaan.
- 2) vertailuna muihin korvaushoidossa oleviin potilaisiin tai hoidon ulkopuolella oleviin huumeita käyttäviin henkilöihin, joihin verrattuna oma kuntoutuminen näytti pitkälle edenneeltä.
- 3) korvaushoidon vaikuttavuuden kriteerien kautta oheiskäytön vähentymisenä tai loppumisena, puhtaina seulatuloksina, hoidossa pysyvyytenä, hoidon tarpeen vä-

hentymisenä, korvaushoitolääkkeen apteekkijakeluun tai terveyskeskuksessa toteutettavaan korvaushoittoon siirtymisenä, sekä yhteiskuntaan integroitumisena esimerkiksi työllistymisen tai opiskelun kautta.

- 4) subjektiivisesti koettuna elämänmuutosprosessina, jossa kuntoutuminen oli johtanut monenlaisiin myönteisiin muutoksiin elämän kokonaistilanteessa.

Kuntoutumiskertomukset olivat retrospektiivisiä pohdintoja, joissa haastateltavat nostivat esiin niitä tekijöitä, joiden näkivät olleen virstanpylväitä kuntoutumisen polullaan (ks. Kuusisto, 2010, s. 103). Omaa kuntoutumisen tasoa arvioitiin vertaamalla nykyistä tilannetta menneeseen huumeidenkäytön tai hoitoon hakeutumisen aikaan tai vertailemalla omaa tilannetta muiden korvaushoidossa olevien, kuntoutumisessaan ei niin pitkälle edenneiden henkilöiden tilanteeseen. Kuntoutumiskertomuksissa päihteisiin kytkeytyneelle menneisyydelle annettiin usein kielteisiä merkityksiä ja nykyiselle elämälle taas myönteisiä merkityksiä.

Haastatteluhetkellä haastateltavat olivat hyvin erityyppisissä elämäntilanteissa. Toisilla oli taustallaan yli 10 vuotta jatkunut korvaushoito, toisilla taas vain muutaman vuoden kestänyt hoito. Kun aineistoa arvioidaan korvaushoidon vaikuttavuuden kriteereinä hyödynnettyjen tekijöiden (ks. Selin, 2013) kautta, haastateltavat voitiin hahmottaa pitkälle kuntoutumisessaan edenneiksi. Korvaushoito oli jatkunut katkoksetta jo pidemmän aikaa, ja hoidonaikainen oheiskäyttö oli muutamaa haastateltavaa lukuun ottamatta kokonaan loppunut. Kenelläkään haastateltavalla ei ollut enää suonensisäistä huumeidenkäyttöä. Suurimmalla osalla haastateltavista korvaushoitolääkkeen apteekkijakeluun tai kevennettyyn terveyskeskushoittoon siirtyminen oli mahdollista. Lääkkeenhaut olivat harventuneet ja lääkkeellisen sekä psykososiaalisen tuen merkitys vähentynyt. Kuntoutumisen myötä tapahtuneet hoitoympäristön muutokset ja hoidossa toteutetut joustot sekä insitutionaalisten sidosten höllentyminen muun muassa korvaushoitolääkkeen apteekkijakelun myötä antoivat tilaa hoidon ulkopuolisiin, päihteettömiin ympäristöihin kiinnittymiselle. Useat haastateltavat olivat työllistyneet, saaneet opiskelupaikan tai valmistuneet opinnoista korvaushoidon aikana.

Pitkälle kuntoutuminen ei merkinnyt ainoastaan ulkoisesti havaittavia muutoksia tai hoidollisessa kontekstissa tapahtuneita muutoksia, kuten hoitoon sitoutumista tai huume-seulonnessa saatuja puhtaita seulatuloksia. Kuntoutuminen merkitsi ennen kaikkea subjektiivisesti koettua toimintamahdollisuuksien ja -valmiuksien vahvistumisen prosessia, joka heijastui myönteisenä kehityksenä monelle elämäntilanteelle. Kuntoutumisessa kuvattiin olevan kyse vahvistumisesta tai ”aikuistumisesta”, jonka myötä usko itseensä ja omaan kyvykkyyteen oli parantunut.

*”--Kyl mä jollain lailla nään itteni vahvempana ihmisenä kuin ennen. Et mä pystyn sen ein sanomaan aika helposti, tai todella helposti nyt. Että jos pistetään tohon pussi eteen, niin kyllä mää – mutta ennen ois voinu jäähän sanomatta. Kyllä nyt jonkunlaista ajatusmaailmassa semmosta, ku tuollahan taantuu niin vankilassa kuin tuolla narkatessa. Sitähän jotenkin sit kehitys pysähtyy, niin kyllä mä nyt oon huomannu semmosta tietynlaista aikuistumista, että mä oon kohta (ikä), et pitääkin ruveta aikuistumaan, mutta että välillähän sitä on vieläkin, ku teini.”*

Kokemus kuntoutumisesta oli subjektiivinen ja yksilöllisesti vaihteleva. Joillakin muutos oli merkinnyt erityisesti arjen elämisessä tapahtuneita muutoksia, joillakin taas erityisesti sitä, että kuntoutumisen myötä resursseja jäi mielekkäille aktiviteeteille, kuten työlle ja opiskelulle. Kuntoutumisen tavoitetasona ei hahmotettu korvaushoitolääkkeistä irtautumista, vaan pikemminkin seesteinen elämäntilanne, jonka puitteissa oli mahdollista elää normaalina luonnehdittua arkea, jonka ei huumeidenkäytön aikoina koettu olleen mahdollista. Elämäntilanne oli tasaantunut terveyden, toimeentulon ja asumisen osalta. Fyysisen ja psyykkisen terveyden ylläpito nähtiin tärkeänä. Toimeentulo oli tasaantunut siten, että huumeidenkäytön ajan tavoin taloudellisia resursseja ei tarvinnut enää käyttää huumeiden hankintaan. Asumisen ongelmista ei mainittu, vaan suurin osa haastateltavista kertoi löytäneensä kuntoutumisensa myötä vakaan asumismuodon.

Haastateltavat kokivat kuntoutumisen edenneen pitkälle, vaikka heillä ei ollutkaan lähivuosien tavoitetta irtautua korvaushoitolääkityksestä. Useat haastateltavat totesivat suhtautuvansa varauksella korvaushoitolääkkeistä kokonaan irtautumiseen, sillä he pel-

käsivät tilanteen johtavan nykyisen seesteisen elämäntilanteen murentumiseen. Korvaushoitolääkitys tarjosi yhden tukipilarin elämän kokonaistilanteessa, mutta merkitykselliseksi hahmottuivat erilaiset nykyiseen elämään sisältyvät uudet aktiviteetit.

Haastateltavat kuvasivat kuntoutumisprosessiaan myös minäkuvassa tapahtuneiden myönteisten muutosten kautta. Kuntoutumisen myötä minäkuva oli muuttunut enemmän itseä arvostavaan suuntaan, vaikka haasteita sen suhteen edelleen koettiin. Hoidollisten kontrollitoimenpiteiden vähentymisen, korvaushoitolääkkeen kotiannosjärjestelyyn siirtymisen ja hoitoympäristön muutosten, kuten apteekkijakeluun siirtymisen myötä institutionaalisista sidoksista pystyttiin vähitellen irtautumaan, eikä oman itsen määrittely tapahtunut enää riippuvuuden tai hoidossa olemisen kautta.

*”Et tää on vähän kun mä oon niin tavallaan nyt täs työelämässä, et mä en enään tavallaan nää itteeni niin hoitolaisena.”*

## **5.2 Huumeidenkäytön aika**

*”Se oli niin semmosta hektistä se elämä ja sitä elettiin vaan siihen seuraavaan piikkiin ja taas sitten seuraavaan”*

Huumeiden käyttöaikoina toimijuus näyttäytyi haastateltavien kertomuksissa kapeana ja riippuvuudelle alistaisena, sillä haastateltavat kuvasivat huumeidenkäyttöön kytkeytyneen elämäntavan ja sen vaatimien voimavarojen kaventaneen resursseja elämän muiden toimintojen ja aktiviteettien suorittamiselta. Huumeidenkäytön aikaa kuvattiin usein hallitsemattomana kontrollin menettämiseen kytkeytyvänä ajanjaksona, joka kietoutui elämän eri osa-alueille: sosiaalisiin ympyröihin, taloudellisiin tekijöihin, työhön ja opiskeluun, subjektiivisiin tekijöihin, institutionaalsiin tekijöihin ja terveydellisiin tekijöihin sekä elämän eri aktiviteetteihin. Huumeidenkäytön ajan toimijuutta voitiin aineiston pohjalta luonnehtia kapeaksi toimijuudeksi. Tuloksia tarkastellessa on tosin tärkeää muistaa, että kuntoutumisen prosessiin liittyy muun muassa McIntoshin ja McKeganeyn (2000)

luonnehtimia narratiivisia tekniikoita, joissa huumeidenkäyttöön kytkeytyvän menneisyyden näkeminen kielteisessä valossa vahvistaa kuntoutumismotivaatiota ja päihitteettömyyden ylläpitoa.

Haastateltavat kuvasivat huumeiden käytön ja hankinnan usein edellyttäneen sosiaalista verkostoa. Huumeidenkäytön ympärille kiinnittyneiden sosiaalisten ympyröiden merkitys saattoi olla vahvakin, sillä niiden sisällä muodostui merkityksellisinä koettuja ihmissuhteita. Eräs haastateltava kuvasi huumeidenkäytön aikaisten tuttavuuksien olleen perheen kaltainen. Tosin muutama haastateltava toi esille, että he eivät kokeneet koskaan identifioituneensa käyttäjäpiireihin, vaan olivat olleet niissä kevyesti kiinni ainoastaan huumausaineiden hankinnan vaatiman kontaktin verran.

Useat haastateltavat mainitsivat, että suhteet lähipiiriin olivat viilentyneet ja heidän toimintansa oli tuottanut läheisissä suurta huolta. Lähipiiriin kerrottiin tarjonneen kuitenkin tukea esimerkiksi yösijan, ruoan tai taloudellisten avun muodossa. Haastateltavat kuvasivat, kuinka läheisille tuotetut murheet oli ymmärretty vasta myöhemmässä vaiheessa, kun huumekuviot olivat jääneet taakse ja kuntoutuminen oli edennyt. Haastateltavat kokivat, että käyttöaikoina omaa toimintaa oli ohjannut riippuvuus, itsekkyyys ja ajattelemattomuus, eikä oma aito minä. Eräs haastateltava totesi: *”Minä ensin – semmosella ajatuksella sitä on menny sillon eteenpäin ja ei sitä osannu kattoo omaa napaansa pidemmälle”*. Toimintatapojen kuvattiin noudattaneen alamaailman käyttäytymissäantöjä, jotka nähtiin valtavirtaisen kulttuurin normeista poikkeavina.

Haastateltavien puheessa käyttöaikojen tuttavuuksia arvioitiin kielteisessä valossa ja heihin tehtiin etäisyyttä. Useat haastatellut totesivat, etteivät käyttöaikojen tuttavuudet olleet merkinneet aitoja ystävyksiä, vaan käyttöaikojen ihmissuhteita leimasi toisista hyötyminen.

*”No olihan ihmisiä jonka kans oli tekemisissä mut en mä nyt tiää, voiko niitä kaveriiks sanoo, että kun ne oli vaan niitä narkkareita, et kaikki yritti tavallaan hyötyä toisistaan tavalla tai toisella.”*

*”—siin on kyllä sekin, että kun eihän ne oikeesti oo sun kavereita, että kun käyttö-maailmassahan sä elät vaan sitä yhtä ja samaa päivää koko aika. Niin ei ne huomaa, et jos siitä yks tai kaks tyyppiä lähtee jonnekin, niin viikon päästä kukaan ei enää ees muista, et ainii sekin oli mun kaveri. Että kukaan ei oo perään soitellu tai tullu oven taakse tai muuten morsettanu, että hirvee ikävä.”*

Ihmissuhteita saattoi liittyä myös väkivaltaa ja hyväksikäyttöä. Muutama haastateltava kertoi, kuinka huumeidenkäytön ympärille muodostuneen parisuhteen myötä oli ajautettu yhä syvemmälle alamaailmaan. Tällaisista kuvauksista kumpusi ajatelmien sävy, virran mukana meneminen ja kyvyttömyys vaikuttaa tilanteeseen. Tosin muutaman haastateltavan kohdalla parisuhde, jossa molemmat olivat huumeidenkäyttäjiä, oli toiminut myös tukipilarina ja kumppanuutena, jossa oli syntynyt yhteinen päätös hoitoon hakeutumisesta.

Huumeidenkäytöllä oli ollut vaikutusta myös vanhemmuuteen. Eräs haastateltava kuvasi riippuvuuden haurastuttaneen vanhemman ja lapsen keskinäistä sidosta. Vanhemmuuden roolista oli toisaalta pyritty pitämään tiukasti kiinni ja läheiset olivat voineet avustaa lastenhoidossa, mutta muutama haastateltava kertoi, että lastensuojelu oli joutunut puuttumaan tilanteeseen.

Taloudellisesta näkökulmasta tarkasteltuna huumeidenkäyttö merkitsi jokapäiväistä käytön rahoittamisen pohdintaa. Taloudellisessa tärkeysjärjestyksessä aineiden hankinta oli ensimmäisenä, ja muiden tarpeellisten asioiden, kuten ruoan ja muiden kulutustavaroiden, hankinta tapahtui, jos rahaa jäi aineiden hankinnan jälkeen. Eräs haastateltava kuvaa tilannetta seuraavasti:

*”Taloudellisesti pärjään nyt ilman rikoksia. Että ennen siihen tartti tehdä aina jotain pientä, että pärjäis. Toki ruokaa ei tarvinnukaan sillon, että ruokarahoja ei tarvinnu miettiä, ku ei sitä käyttäny ruokaan, että kaikki meni noihin päihteisiin. Jos vähän oli nälkä, niin sen kävi sitten varastamas.”*

Käyttöä saatettiin rahoittaa rikosten tekemisellä ja huumausaineiden myynnillä. Myös lähipiiriltä saatettiin saada rahallista tukea, joka oli hyvästä tarkoituspästä huolimatta osaltaan mahdollistanut käyttöä.

Aineistosta nousivat esille myös terveydelliset riskit ja seuraukset, joita huumeidenkäyttö oli aiheuttanut. Yleisimmin mainittiin C-hepatiitti, joka oli seurausta huumeiden suonensisäisestä käytöstä ja epäpuhtaista piikittämisvälineistä. Terveysteen saatettiin suhtautua välinpitämättömästi. Eräs haastateltava kuvasi olleensa niin syvällä huumemaailmassa, etteivät sen kielteiset seuraukset enää jossain vaiheessa olleet kiinnostaneet. Riskialttiit aineyhdistelmät ja suuret annokset tuottivat yliannostusriskejä ja erilaisia haittavaikutuksia. Niistä huolimatta käyttö oli usein jatkunut.

*”Se oli niin epätasapainosta sillon, ku hommas kadulta noi, ku ei se saanti ollu aina ihan varma tai se, et oliko rahaa. Siin oli monta muuttujaa, että jatkuva semmonen stressi. Ja sitten kun käytti oksikodonia tai noita kovempia niin ehkä vähän jopa semmonen kuumotuskin, että lähtee henki, kun siinä otti viel jotain bentsoja siinä kylkeen ja muuta. Se oli aika vaarallista leikkiä. Kyl mulla kerran kävikin niin, että mä vetäsin oksikodonia sillain, että mä en ollu ees kerinny vetään sitä määntää pohjaan, ku mut löydettiin- mä olin jo ihan sininen.”*

Haastateltavien kertomuksissa huumeidenkäyttöön kytkeytynyttä elämäntapaa luonnehdittiin valtavirtaisesta, konventionaalisesta ”normaalista” poikkeavana. Aineistossa normaalius merkitsi muun muassa työnteon ja opiskeluiden kautta yhteiskuntaan kiinnittymistä, tavallisia arjen askareita, kuten ruoanlaittoa ja erilaisia harrastuksia, sekä päihteettömiä ihmissuhteita. Joillakin haastateltavilla huumeidenkäyttöön kytkeytyvää elämäntapaa olivat tasapainottaneet työ, opiskelu ja päihteettömien kavereiden kanssa oleilu. Esimerkiksi työn ja opiskeluiden aikana huumeidenkäytön kuvattiin olleen maltillisempaa, mutta niiden päätyttyä käyttö oli saattanut luisua hallitsemattomaksi. Useimmilla haastateltavilla huumeidenkäyttö oli kuitenkin alkanut lopulta haitata työnteossa ja opiskeluissa suoriutumista.



Kuntoutumishalun heräämistä edeltävän ajanjakson kuvattiin olleen yhdessä päivässä elämistä, piikistä piikkiin elämistä ja päivien soljumista eteenpäin huuuisina ja hektisinä. Haastateltavat toivat esiin, että käyttöaikoina oma, aito minuus oli jäänyt riippuvuuden jalkoihin. Käsitys itsestä huumeidenkäytön aikoina ei ollut välttämättä realistinen.

*”Mä luulen et kaikilla varmaan käyttäjillä on jotenkin vinoutunu käsitys siitä omasta ittestänsä. Ainakin ne luulee olevansa kovempia jätkiä mitä ne oikeesti on.”*

Aineistossa oli myös huumeidenkäytön aikoihin liittyviä myönteisiä kokemuksia. Eräs haastateltava kuvasi, kuinka käyttöaikoina oli ollut paljon rahaa huumausaineiden myynnin vuoksi, ja sen myötä kalliita autoja sekä naisten huomionsoituksia.

*”Mut joskus niitä oikeestaan miettiikin tai siis no se oli sitä elämää enkä mä sitä sillai kaipaa mutta, ihminen on vähän semmonen aineellisten juttujen tavottelija niin joskus ku miettii että, oli tommonenkin auto jos näkee hienon auton. Ja niitten autojen ja rahan mukana tulee sitten monesti, jotain tyttöjä mitkä ei muuten tulis esimerkiks. Et kyl se köyhdyttäny on mutta ei elämää.”*

Toinen haastateltava taas kuvasi, kuinka metamfetamiinin tuottamaa hyvää oloa ei voinut saavuttaa normaalilla tekemisellä, mutta kuinka hän kuitenkin oli myöhemmin kuntoutumisen myötä oppinut vähitellen saavuttamaan nautintoa myös arkisista asioista.

*”Kyllähän se nyt on ihan fakta, niin karulta ku se kuulostaa niin esimerkiks metamfetamiinilla taikka jollain vahvalla opioidilla, niin kyllähän siitä tulee todella hyvä olo. Semmonen mitä ei pysty millään normaalilla tekemisellä ees saavuttamaan. Kyllähän se sillain on saavutus, et on onnistunu ammentaa noinkin monien käyttövuosien jälkeen niin ihan arjen asioista.”*

### 5.3 Kuntoutumishalun etsintävaihe

Seuraava aineistokatkkelma kuvaa kuntoutumishalun etsintävaihetta sävyttäneitä ristiriitaisia haluja, toiveita ja pyrkimyksiä:

*”Mä olin ihan valmis monta vuotta lopettaa, mut sit just se, et ennen ku se konkretisoituu sul, niin sit kaikki tuli kumminkin aina, et no nyt mä sit lopetan ja kärvistelen ja koitan olla, mut sitten saatto olla et sitä kuukauden pari meni vähän nätimmin ja sit se taas lähti.”*

Kuntoutumishalun syntyminen oli tapahtunut haastateltavien kertomusten mukaan usein vähitellen, ja sitä oli edeltänyt kuntoutumishalun etsinnän vaihe. Vaihetta leimasi toisaalta halu irtautua huumeista mutta toisaalta vaikeus huume kuvioista irti päästämiseen. Tällainen ambivalentti vaihe on havaittu tyypilliseksi riippuvuudesta kuntoutumisen prosessissa useissa tutkimuksissa (ks. esim. Miller & Rollnick, 2013, s. 157) ja se on hahmotettu erääksi riippuvuudesta kuntoutumisen vaiheeksi myös riippuvuudesta irtautumista kuvaavissa vaihemalleissa (Prochaska & DiClemente, 1992).

Haastateltavilla ajanjaksoon sisältyi lukuisia hoitoyrityksiä ja katkaisujaksoja. Niiden jälkeen huume kuvioihin oli kuitenkin palattu, sillä halu irtautua huumeista ei ollut vielä tarpeeksi voimakas ja huume kuviot saattoivat edelleen vetää puoleensa. Hoitojaksot oli voitu kokea kuitenkin jossain määrin hyödyllisinä; ne saattoivat toimia levähdysjaksoina, toleranssin pienentämisjaksoina ja ne olivat voineet tarjota eväitä myöhemmälle ja vahvemmalle hoitoon hakeutumisen päätökselle.

Vähitellen huume kuvioista aiheutuneiden kielteisten kokemusten kasaantuminen oli vahvistanut kuntoutumishalua. Huumeisiin kytkeytyneen elämäntavan koettu kahlitsevuus sekä kokemus siitä, ettei elämäntapa ollut enää omassa hallinnassa, olivat tehneet huume kulttuurista luotaantyöntävän. Eräs haastateltava kuvasi, kuinka vankilatuomiot olivat saaneet hänet ymmärtämään sen, ettei elämäntavasta niin vain pääsisikään irrottautumaan, ja tätä kautta elämäntyö oli menettänyt vetovoimaansa.

Elämäntyylin sitovuus ja jonkinlainen pakottavuus, vapaata toimijuutta murentava mekanismi, oli toiminut havahduttajana. Prosessia kuvattiin kyllästymisenä: huume kuvioihin oli vähitellen turhauduttu ja uuvuttu, eikä elämäntyylistä saatu enää mielihyvää. Siihen liittyi myös toisenlaisen elämäntyylin kaipuu. Kyllästymisen lopulta oli kasvanut niin suureksi, että hoitoon oli päätetty hakeutua.

*”Sitten sitä vaan jossain vaiheessa ymmärs, et se tuntu vähän, ku ois käyny tankkaamassa autoa tai jotain tämmöstä siis silleen, et miten sen nyt sanois. Et ehkä se hauskuus loppu kyllä sitten tietyllä tavalla. Mitään hirveen omasta mielestä mitään hirveen nistimäistä toimintaa se ei sinänsä ollu, enkä halunnukaan sen olevan ja näin päin pois, mutta sit jotenkin lähti vaan se fiilis ja sillon hakeuduin hoitoon sitten.”*

Kuntoutumishalun syntyminen paikannettiin usein myös hetkiin, joihin liittyi kokemus hoitoon hakeutumisen välttämättömyydestä tai vaihtoehtottomasta umpikujasta. Pakkotilannekuvauksissa kerrottiin hetkestä, jossa oli valittava kuntoutumisen ja kuoleman väliltä. Tilannetta oli leimannut vaihtoehtottomuuden kokemus tai kokemus pohjalla olemisesta, siis eräänlainen umpikujatilanne, jossa oltiin jo niin syvällä huumemaailmassa, ettei alemmas voinut enää vajota.

*”Mut sitten jonkunäköinen semmonen oma pohja tuli vastaan, et mä aattelin, et on se pakko hakee, et mä en enää jaksa, et ei kroppa jaksa ei mikään. Et niin usein heräs aina jostain sairaalasta, et siin oli kyl silleen, et ei tässä kauaa elä, vaikei se nyt sillon kiinnostanukaan se elämä niin hirveesti, mut jos nyt yrittäis sinne korvaushoitoon. No sitten mä yritin sinne ja sit kesti noin vuosi, niin mä pääsin.”*

Ymmärrys hoidon tarpeesta saattoi herätä myös erilaisten terveydellisten seikkojen myötä. Yllä olevan aineisto-otteen haastateltavalla sairaalaan joutuminen huumeidenkäytöstä aiheutuneiden terveysvaikutusten vuoksi oli synnyttänyt pohjalla käymisen kokemuksen. Haastateltava mainitsee, että vaikka kiinnostus omaa hyvinvointia kohtaan ei ollut merkittävä, hän oli päättänyt hakeutua hoitoon. Pohjalla käymisen kokemukseen

liittyi myös usein tunne vaihtoehtomuudesta, eli siitä, että tilanne oli niin huonossa jamassa, että ainoana vaihtoehtona näyttäytyi hoitoon hakeutuminen.

*”Mä olin niin syvällä, et sieltä ei ollu enää vaihtoehtona, ku kuolema tai sitten lopettaminen. Ja sit se, että tajus, et sieltä ei enää mitään voi löytää. Niin syvällä oli, että sieltä ei voi mitään parempaa enää löytää. Kyllä mää koen sen oman päätöksen omalla kohallani vahvimpana.”*

Kuntoutumispäätös oli tapahtunut sellaisessa vaiheessa, jossa huumeidenkäyttö ja siihen kiinnittyvä elämäntapa saivat kielteisiä merkityksiä ylitse myönteisten merkitysten. Ongelmia koettiin niin sosiaalisissa, taloudellisissa kuin terveydellisissäkin tekijöissä. Elämäntapa oli tuottanut vaikeuksia esimerkiksi läheisiin ihmissuhteisiin ja vanhemmuuteen, aiheuttanut huonommuuden tuntoa ja toiseuden kokemuksia, tuottanut taloudellisia vaikeuksia sekä erilaisia terveydellisiä ongelmia.

Omaan elämäntilanteeseen liittyi häpeän tunnetta. Sosiaalisen vertailun kautta oli havahduttu muun muassa siihen, että muilla ikätovereilla elämä kulki eteenpäin, mutta omassa elämässä ei nähty toivottua edistystä tapahtuneen. Tavoiteltavana nähtiin yhteiskunnallisesti hyväksytyyn ja odotetunlaiseen elämäntapaan liittyvät elementit, joita huumeidenkäyttöön kytkeytyvän elämäntavan ei nähty edustavan.

Kuntoutumishalun syntymistä saattoivat edesauttaa erilaiset sosiaaliset kohtaamiset, esimerkiksi lääkärin tai muun hoitavan henkilön kanssa. Odottamaton ja myönteisenä koettu kohtaaminen saattoi toimia käännteentekeväenä hetkenä. Seuraavassa aineistokatkelmassa haastateltava kuvaa merkityksellistä kohtaamista hammaslääkärin kanssa:

*V: -- Mä olin katkolla, menin hammaskipujen takia - mulla alko mätimään poski ja siellä sitten yks lääkäri sano, tai tuli sitte - mut laitettiin osastolle. Se tuli seuraavana aamuna siviilit päällä ja mä ihmettelin et kuka se on ja sano et 'mä oon se lääkäri mikä eilen hoiti sun hampaita' et hän jäi miettimään, että fiksu kaveri ja tollai mutta et elä viittä vuotta. Mä sitten vähän siinä rupesin funtsimaan ja olin tietenkin täynnä sitä kamaelämää ja silloin muutenkin niin, et kannattais varmaan*

*lopettaa ja siitä lähin katkolle ja siinä tarjottiin sitä hoitoa ja sain ja siitä se alko menee muutaman vuoden päästä hyvin. Tuli semmonen hyvä kohtaaminen, lääkärin kanssa joka ei asettunu ylä- eikä alapuolelle vaan tuli ihmisenä, huolissaan puhumaan.*

**K:** *Nii, et se autto siinä sitten.*

**V:** *Tosi käänteentekevä. Et ilman sitä lääkäriä niin en tiää mihinkä ois menny, että niin pienistä kohtaamisista se joskus on kiinni, että jos ajattelee noin päihdeammattilaisen kannalta, et jokainen kohtaaminen on tärkeä. Koskaan ei voi tietää mikä on se käänteentekevä sitten. Voi olla sata kohtaamista et ei mitään vaikutusta ja sadasensimmäinen voi olla sit semmonen, mikä pelastaa.*

Haastateltava kuvaa, kuinka lääkärin suorat sanat yksilön huonosta kunnosta olivat pysäyttäneet ja avartaneet ymmärrystä hoitoon hakeutumisen tarpeesta. Tilanne oli hahmotunut käänteentekeväänä hetkenä kuntoutumisen polulla. Tapahtuman merkityksellisyyttä oli lisännyt sen tasavertaisuus. Oli mahdollista, että tasavertaisuus oli tuntunut erityisen merkittävältä sen vuoksi, että huumeidenkäyttäjät joutuvat usein kohtaamaan leimaavaa ja ennakkoluuloista kohtelua, joten kuvattu kohtaaminen mursi näitä kenties tyypillisiä kohtaamisen tapoja ja sävyjä. Haastateltavan esiin tuomaa kohtaamista edelsi jo vähittäinen kyllästyminen päihdekulttuuriin, mutta kohtaaminen näyttäytyi ikään kuin viimeisenä silauksena hoitomotivaation syttymiselle. Myös muilla haastateltavilla oli samankaltaisia kokemuksia siitä, kuinka lääkäri oli sanonut ”suorat sanat” yksilön terveydentilasta ja kehottanut hakeutumaan hoitoon. Eräs haastateltava totesi: *”Alko tuntua siltä että henki lähtee tässä. Lääkärit sanokin, että jos et sää mee tohon hoitoon, niin sää et välttämättä kyllä joulua nää. Et silloin oli joku elokuu muistaakseni.”*

Myös muut sosiaaliset tekijät, kuten parisuhde tai lähipiirissä tapahtuneet traagiset tapahtumat, olivat toimineet kuntoutumishalua vahvistavina tekijöinä. Esimerkiksi parisuhdesta, jossa molemmat olivat motivoituneita hakeutumaan korvaushoitoon, saatiin voimaa ja vahvistusta omalle kuntoutumismotivaatiolle. Eräs haastateltava kuvasi, kuinka he olivat kumppaninsa kanssa yhdessä tehneet päätöksen, että joko he hakeutuvat hoitoon tai sitten he eroavat. Vahva päätös toimi käännekohtana ja ohjasi kuntoutumisen polulle.

Käännekohtaksi saattoi muodostua myös läheisen ihmisen vakava sairastuminen ja kuolema. Yksilö oli tällöin havahtunut siihen, että hoitoon hakeutumisen oli tapahduttava nyt tai ei koskaan.

*”Ei sitä enää oikeen jaksanu. Ja sit siinä oli, mun isä sai sillon- mä olin hakenu jo siihen korvaushoitoon, mutta sitten mun isä sai aivoinfarktin. Eiku ei se aivoinfarkti oo, ku katkes verisuoni päästä ja sit siinä aika nopeesti selvis, et se ei siitä selviä ja kesällä se sitten kuoli siitä. Ja sit siinä se vaan vahvistu sit se, että mä haluan pois siitä kamamaailmasta. Ja tietenkin vähän sekin, että harmitti vähän, että se isä ei sitten tuu enää näkemään sitä, että pääsee pois siitä, mutta se vahvisti sitä.”*

Vaikka huumeidenkäytöstä aiheutuneiden kielteisten seurausten kasautuminen, aitoa välittämistä ilmentävät sosiaaliset kohtaamiset, kielteiset ja myönteiset käännekohtat sekä parisuhde näyttäytyivät kuntoutumishalun syttymisen kannalta ilmeisinä tekijöinä, kuntoutumishalun syntymisessä kuvattiin kuitenkin lopulta olleen kyse omasta tahdosta. Aineistossa kerrottiin, kuinka *”se lähti siitä, et alko itte olee niin mitta täynnä sitä”* ja että *”kaikki täytyy kumminkin lähtee itestä, ei muut voi päättää sitä”*. Riippuvuuden tuottama kärsimys läheisille tai traagiset tapahtumat ympärillä eivät suoraan aikaansaaneet yksilöiden kuntoutumistahtoa, vaan kuntoutumistarpeen oli realisoiduttava itselle, *”tarvi olla joku sit semmonen syy, että miks mä oikeesti haluan sitä”*.

#### **5.4 Kuntoutumishalun vahvistumisen ja hoitoon kiinnittymisen aika**

Opioidikorvaushoitoon oli lopulta hakeuduttu lukuisten hoitoyritysten ja katkaisuhoidojen jälkeen. Pääsy ei sujunut aina ongelmitta. Usealle haastateltavalle hoitoon hakeutumisen prosessi oli merkinnyt huolta hoitopaikan saamisesta ja pitkää odotusaikaa niukasti saatavilla oleviin hoitopaikkoihin. Useimmat haastateltavat olivat aloittaneet korvaushoidon 2000-luvun alussa, jolloin korvaushoitopaikkojen määrä oli vielä varsin vähäinen. Tanhua ym. (2011, s. 29) toteavat, että korvaushoitoon pääsyn ongelmiksi ovat muodostuneet pitkäkestoinen prosessi hoidon tarpeen arviointineen ja hoitopäätöksen

jälkeisine pitkinä jonotusaikoina. Myös Tammen ym. (2011) kyselytutkimuksessa kävi ilmi korvaushoidon heikko saatavuus pääkaupunkiseudulla, ja Levola ym. (2012) toteavat, kuinka laskennallisten hoidon tarvitsijoiden määrä ei ole vastannut hoitopaikkojen määrää.

Pitkän odotusajan lisäksi haastateltavat kertoivat kohdanneensa hoitoinstituution taholta epäilyjä siitä, oliko tilanne päihdeongelman kanssa todella niin vakava, että se vaati korvaushoitoa. Se, ettei hoitoon hakeutuvaa, usein huume kuvioiden uuvuttamaa yksilöä otettu vakavasti, tuotti yksilössä turhautumisen ja epätoivon kokemuksia.

*”Totta kai näitten pitää olla kriittisiä, mut musta tuntu et mua ei uskotakaan et mää käytän. Ja mää kävin päivystyksessä hakemassa just värkkejä vaihtamassa ja yritin kertoa siinä, itkinkin siinä ni: ”Ei ku ulos vaan että ei oo aikaa nyt kuunnella sua”. Ei ihan nyt noilla sanoilla sanonu mut silleen vähän et nyt pois, et jos sä oot sinne hakeutunu, ni nyt sun täytyy vaan ootella päätöstä. Ei mitään tukea oikeen saanu täältä ainakaan siihen. Sit siinä meni se aikansa ennen ku sit se tuli se. Ja sit mä olin niin hermoraunio aina, ku mää kävin täällä. Mä olin ihan varma, et mua ei oteta hoitoon. Ja se oli niin kauhee tilanne just ku kaikille oli tullu julki mun käyttö, ja et sitä on jatkunu pitkään ja täällä ei uskota tai tuntu siltä. Et mä olin aina täältä lähin ihan rikki ja aina itkin monta tuntia että ei ne ota mua. No sit se tuli se päätös että ne ottaa.”*

Haastateltava kuvaa, kuinka hänen ei hoitoon hakeutumisen aikana uskottu edes käyttävän huumeita, eikä hänen hätäänsä otettu riittävän vakavasti. Hän myös koki, ettei hoitopäätöksen odotusajaksi oltu tarjottu tukea, vaan hän oli joutunut olemaan jonkinlaisessa epävarmassa välitilassa. Haastateltava oli kokenut raskaana sen, että hän oli paljastanut huumeidenkäyttönsä ja vaikean tilanteensa läheisille ihmisille, mutta hoitoyksiköstä hän ei saanut odottamaansa tukea tai vastakaikua. Lopulta päätös hoitoon pääsystä oli kuitenkin ollut helpottava. Hoidon käynnistyminen oli irrottanut yksilön huume kuvioista siten, että enää aineita ei täytynyt etsiä kaduilta, vaan arki muuttui seesteisemmäksi päivittäisen lääkkeen haun rytmittäessä sitä. Myös seuraava haastateltava kuvaa samankaltaisia epäilyksen alaisena olemisen tuntemuksia hoitoon hakeutumisen vaiheessa:

*”Sanottiin ihan kylmästi et tuu uudestaan, siinä luukulla. Ei mua otettu vastaan ei mitään. Ne vaan sano, et tuu vuoden päästä uudelleen. Ja mä jälkeempäin kysyin sitä, et miks se piti tehdä niin. He sano, et heillä ei oo muuta keinoa tarkastaa motivaatiota, ku et ootko vielä halukas vuoden päästä. Mutta että jos ne ois vähän ees kysyny, et missä tilanteessa mä oon ku mä olin oikeesti toinen jalka haudassa.”*

Haastateltava kuvaa, kuinka yli vuoden kestänyttä hoitoon pääsyn odotusaikaa oli hoitoyksikön taholta perusteltu sillä, että sinä aikana yksilön motivaatio tulee mitatuksi. Haastateltava koki, ettei hänen mielipidettään ja kokemuksiaan kuultu hoitoon hakeutumisen vaiheessa tarpeeksi, vaikka hän koki olleensa hyvin huonossa jamassa.

Kuitenkaan kaikki haastateltavat eivät olleet kokeneet korvaushoitoon pääsyä vaikeaksi, vaan kuvailivat sen sujuneen mutkattomasti ja sujuvasti. Esimerkiksi naisten kohdalla raskaus vauhditti hoitoon pääsyä.

Alkuvaiheissa korvaushoito sitoi yksilöä vahvasti. Hoito punoutui merkittäväksi osaksi yksilöiden arjen rytmiä ja käytänteitä, ja merkitsi yksilöille elämänmuutosta, elämän uudelleenjäsentämistä, identiteetin murrosta ja käännekohtaa. Hoito oli alkuvaiheissa sitouttavaa, sillä lääkkeenhaku tapahtui päivittäin ja lääkkeenhaku aika oli määritelty tarkasti päihdehoitoklinikan taholta. Hoidolliset kontrollitoimenpiteet jäsensivät yksilön arkea monin tavoin. Hoitoon ja kuntoutumiseen sitoutuminen edellytti usein välien katkaisemista käyttökavereihin, fyysisen ympäristön vaihdosta eli poismuuttoa alueelta, jossa oli käyttöaikoina viettänyt aikaa, sekä muutoinkin retkahdukselle altistavien sosiaalisten ja psykologisten vihjeiden välttämistä (ks. Koski-Jännes, 2011, s. 42).

Kaikilla haastateltavilla varsinaista vahvaa päihhteettömyyden halua ei ollut vielä korvaushoidon käynnistymisvaiheessa, eikä huumekuvioista saman tien irrottauduttu. Osalla hoitoon ohjasi ilmaisen lääkeannoksen saanti ja kyllästyminen huumausaineiden hankintaan kadulta sekä pyrkimys kaoottisena koetun elämäntilanteen neutralisointiin. Korvaushoidon yhtenä tavoitteena onkin kiinnittää hoitoon myös sellaisia henkilöitä, joiden hoidollisena tavoitteena on päihhteettömyyden tavoittelun sijaan haittojen vähentäminen.



Korvaushoidon alkuvaiheet olivat monella haastateltavalla sisältäneet osin huumekuvi-  
oissa elämistä ja osin kuntoutumisen maailmassa elämistä. Aikaa kuvattiin ”jojoiluna”,  
tasapainoiluna huumekuvioiden ja kuntoutumisen välillä.

*”--se oli semmosta vähän jojoilua sen jälkeen että meni hyvin vähän aikaa silleen  
ettei käyttäny ja sitten taas tuli retkahus ja sitten taas meni hyvin vähän aikaa ja  
sitten taas tuli retkahus. Että siinä, se oli semmosta vähän, että ei siinä saanu kiinni  
välttämättä kunnolla siitä päihteettömästä elämästä.”*

*”Hoitoo oli kaks vuotta noin kulunu. Se oli semmosta käyttöä, semmosta käyttöä  
ja ei-käyttöä ja käyttöä ja ei-käyttöä. Et se oli semmosta soutamista ja huopaa-  
mista.”*

Välien katkaisemista käyttökavereihin ei aina koettu ongelmattomana, vaikka sen tarpeel-  
lisuus kuntoutumisen kannalta tiedostettiin. Käyttökaverit olivat saattaneet muodostua  
perheen kaltaiseksi ryhmittymäksi, johon yksilö koki vahvasti identifioituvansa. Useilla  
haastateltavilla hoidon alkuvuosina huumeita käyttävien kavereiden kanssa oleskeltiin, ja  
siitä oli seurannut retkahduksia ja vaikeutta huumekuvioista irti päästämiseen.

*”Ku mulla ainakin se retkahus tuli monesti sit semmosesta, että jos vaikka oli että  
oli jossain kavereitten luona ja siinä oli että: ”Tässä olis, nyt saisit vetää” niin sit  
siinä, ku sä et joudu miettimään tai siis sillä tavalla sul ei oo aikaa miettiä sitä  
pääöstä, vaan se pitäis tehdä siinä hetkessä.”*

Tosin osalla haastateltavista välienkatkaisu huumeita käyttävään tuttavapiiriin oli tapah-  
tunut välittömästi korvaushoidon alettua. He kuvasivat, kuinka olivat heti hoitoon pääs-  
tyään tehneet päätöksen huumekuvioiden taakse jättämisestä, kuinka ”alamaailmapuhe-  
seen” oli jo hoitoa ennen täysin kyllästytty ja kuinka huumeita käyttävien tuttavien taakse  
jättäminen ei ollut hankalaa, sillä heitä ei koettu aitoina ystävinä. Välienkatkaisu oli käy-  
tännössä merkinnyt puhelinnumeroiden poistamista, tuntemattomiin numeroihin vastaa-  
matta jättämistä, ja pysyttelyä poissa alueilta, joissa huumeidenkäyttö oli aiemmin tapah-  
tunut.

Elämänmuutos toi mukanaan erilaisia haasteita. Arki saattoi tuntua tyhjältä ja yksinäiseltä, kun kontaktit käyttökavereihin olivat murentuneet ja kun yksilö ei vielä täysin kiinnittynyt hoidon ja kuntoutumisen maailmaan. Käyttöympyröiden taakse jättäminen hahmottui elämäntarinallisena katkoksenä, joka edellytti yksilöltä orientoitumista uudenlaiseen elämäntilanteeseen (ks. Hänninen, 1999, s. 54). Usein arki muodostuikin hoidon alkuvaiheessa lähinnä lääkkeenhausta ja kotona oleskelusta.

*”--me jumiuduttiin tosi paljon kotia että se oli semmosta että me haettiin se lääke ja tultiin kotia ja sitten korkeintaan kaupassakäyntiä. Ei me sit oikeen mitään muuta tehty että se oli semmosta, aikalailla semmosta niin kun nukuttiin tosi paljon ja jumiuduttiin tosi paljon sinne kotia ja, sit siinä vähän tietenkin ku pitää opetella kaikki uuestaan ja olihan se vähän semmosta.”*

Kun vuosia kestänyt huumeidenkäyttö ja siihen kytkeytynyt alakulttuuri olivat muovanneet yksilön toimintaa ja arkea ja sosiaalistaneet yksilön tietynlaiseen elämäntapaan, päihteen arki toi eteensä monia uusia, arkisiakin asioita, joita tuli opetella uudelleen. Näitä olivat seuraavan haastateltavan mukaan esimerkiksi ruoanlaitto ja siivous:

*”--onhan se (vanhan elämän taakse jättäminen) vaikeeta ja sillei ku on ne syntyny ne tavat ja semmoset toimintatavat mitä sä teet ja miten sää toimit tietyissä tilanteissa niin pitää miettiä niitä ja yrittää päästä niistä sitten eroon. Ei se helppoo oo ollu. Siinä tulee niin paljon kaikkee yllättäviä asioita. Kaikkee semmosta vaikka ruoanlaitto ja kodin siivous. Ei niitä oo miettiny sillon, ku sä käytit sitä kamaa että vaikka syömistä tai siivoamista tai tämmösiä ihan perusjuttuja. Niin sitten kun, se lähtee normalisoitumaan se elämä niin joutuu periaatteessa uuestaan opettelemaan ne kaikki asiat.”*

Ajanjaksoon liittyvän toimijuuden nimesin *tuetuksi toimijuudeksi*, sillä haastavan elämänmuutoksen keskellä erilaisten hoidollisten tukimekanismien merkitys korostui. Psykososiaalinen tuki koettiin tarpeellisena lisänä lääkkeelliselle hoidolle. Korvaushoitoon kuuluvissa omahoitajataapaamisissa yksilön oli mahdollista käydä läpi elämänhistoriaansa

sekä kuntoutumiseen ja hoitoon liittyviä odotuksia. Psykososiaalinen tuki koettiin erityisen merkityksellisenä silloin, kun oman elämänhallinnan koettiin olleen riittämätöntä. Osa haastateltavista tosin koki olleensa korvaushoidon alkaessa niin hyvässä kunnossa, että he näkivät lääkityksen ainoana tarpeellisena hoidollisena elementtinä.

Hoidollisten ensikohtaamisten suuri merkitys välittyi aineistosta. Hoitoon hakeutumisen kynnys voi olla päihdeongelmasta kärsivälle yksilölle suuri muun muassa leimautumisen pelon vuoksi ja yksilön kuntoutumishalu särkymiselle altis, joten myönteisellä hoidollisella vastaanotolla ja ensikohtaamisilla oli ratkaiseva merkitys hoidossa pysymisen ja hoitomotivaation kannalta. Haastateltavat kertoivat muun muassa lähteneensä aiemmista hoitopaikoista sen vuoksi, että he kokivat saaneensa osakseen epäoikeudenmukaista, leimaavaa kohtelua ja joutuneensa epäilyksen alaisiksi. Leimaavana koettu kohtelu hoitoyksikön taholta helposti murensi kuntoutumismotivaatiota ja luottamusta hoitoinstituutiota kohtaan.

#### **5.4.1 Luottamus, osallisuus, yksilöllinen huomiointi ja kunnioitus toimijuuden resursseina**

Hoito tarjosi parhaimmillaan kuntoutumista tukevan ja toimijuutta vahvistavan ympäristön, jossa yksilö tuli kuulluksi, kunnioitetuksi, huomioduksi ja luotetuksi. Erityisesti luottamus ja sen merkitys yksilön toimijuuden kannalta nousi aineistosta toistuvasti esiin. Mattila-Aalto (2009, s. 88) toteaa luottamuksen olevan merkityksellinen tekijä päihdehoidossa ja hoitosuhteessa, sillä se antaa aineksia tasa-arvoiselle ja toimijuutta vahvistavalle kuntoutumisprosessille. Tutkielmani aineistossa luottamus merkitsi sitä, että hoidossa olevan yksilön elämäkokemuksia ja asiantuntijuutta arvostettiin. Se mahdollisti myös kynnyksettömän keskusteluilmapiiirin sekä kuulluksi tulemisen erilaisissa hoidollisissa kohtaamisissa. Luotetuksi oleminen toimi pohjana osallisuudelle eli sille, että yksilölle tarjoutui mahdollisuuksia päästä vaikuttamaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja saada äänensä kuuluviin.

Haasteita luotetuksi tulemisen kokemuksille tuottivat kuitenkin korvaushoitoon kytkeytyneet kontrollitoimenpiteet, kuten oheiskäytön valvontaan liittyvät huumeseulonnat ja

pistosjälkien tarkastukset sekä tarkoin määritellyt lääkkeenhakuajat ja erilaiset muut potilaan toimintaa ohjaavat päihdeklinikan normit. Ulkoinen kontrolli voitiin kuitenkin hahmottaa tarpeellisena, mikäli yksilö koki oman kontrollikykynsä liian vähäiseksi ja mikäli kontrolli koettiin oikeudenmukaisena, omaa elämänhallintaa vahvistavana toimintana. Eräs haastateltava totesi, kuinka jo edellinen elämäntyyli toimi osoituksena oman elämänhallinnan riittämättömyydestä, jolloin ulkoinen kontrolli hoidossa oli hänen mukaansa perusteltua ja oikeutettua. Oheiskäytön kontrollointi huumeseurontojen avulla voitiin kokea myönteisenä: puhtaat seuratulokset esimerkiksi toimivat konkreettisina osoituksina siitä, että yksilö oli onnistunut päihitteettömyyden ylläpidossa. Puhtaiden seuratulosten ja hoidollisen sitoutumisen myötä yksilön oli myös mahdollista vahvistaa häneen päihdeklinikan taholta kohdistuvaa luottamusta ja saavuttaa hoidollisia joustoja, kuten kotilääkeannoksia ja harventuneita lääkkeenhakukertoja.

Päihdeklinikan työntekijöiden toteuttamat yksilöä huomioivat säännöistä poikkeamiset ja sanktiotta jättämiset toimivat yksilöön kohdistuvina luottamuksen osoituksina ja toimijuuden vahvistajina. Seuraavalle haastateltavalle luottamuksen osoituksena toimi kannabiksen oheiskäytöstä sanktiotta jättäminen ja näin ollen hoitohenkilökunnan tekemä poikkeus klinikan toimintatavoista:

*”Et mul tuli siin ihan alussa ekan kolmen viikon aikana tuli yks retkahdus hassikseen, ja ne sano että: ”No ei se mitään että katotaan tää nyt vähän läpi sormien et koitas nyt olla vaan kunnolla tästä lähtien”. Sit mä olin niin kiitollinen siitä, ku ne otti sen niin inhimillisesti vastaan, ku en ollu tottunu ollenkaan semmoseen kohteluun, niin mulle tuli semmonen fiilis, et hei et enhän mä voi noit pettää, et ne on niin hyvii tyyppei, et en mä voi käyttää mitään.”*

Sanktiotta jättäminen sai yksilön kiinnittymään vahvemmin hoitoon ja motivaation vahvistumaan sekä kokemaan vahvaa kiitollisuuden tunnetta työntekijöitä kohtaan. Muita yksilön edun mukaisia joustoja aineistossa olivat esimerkiksi lääkkeenhakuajoista poikkeaminen tai pidennettyjen kotiannosten saanti asiakkaan menojen, kuten työn tai reissun vuoksi. Se, että asiakas koki tulleen kuulluksi ja että hän pystyi vaikuttamaan sanomillaan omaan hoitoonsa, vahvisti koettuja vaikuttamisen ja toiminnan mahdollisuuksia.

Omahoitajatapaamiset tarjosivat areenan omien elämäkokemusten läpikäymiselle ja toimijuuden vahvistumiselle. Tärkeinä tekijöinä omahoitajasuhteessa nähtiin työntekijän ja potilaan keskinäinen kunnioitus sekä kynnyksetön, luottamuksellinen keskusteluilma-  
piiri. Juhila (2018, s. 258) toteaa kunnioituksen olevan vastavuoroisuuden kulmakivi, jossa on kyse samanarvoisena kohtelemisesta sekä yksilön elämäntarinan ja erityisyyden huomioimisesta. Omahoitajaa kuvattiin jopa äitihahmona: rajoja vetävänä mutta aidosti välittävänä.

*”Mullahan on niin loistava omahoitaja et me ollaan kuule sen kanssa oltu nyrkit pöyässä ja huuettu toisillemme mut se saa aina miettimään semmosii asioita. Se on vähän ollu mulle semmonen äitihahmo, ku mun äiti ei oo ite osannu laittaa- on yrittäny laittaa rajoja mut mä en oo pysyny niissä. Niin tää mun omahoitaja- mää sen just tajusin täs ihan viikko pari sit, et sehän on ollu mulle ku se tiukka äiti, jota mul ei oo ollu. Se on sörkkiny ja sorkkinu mua kaikkialle ja joskus on mua vituttanu aivan älyttömästi, mut sitten kun viikko menny, ni täällä raksuttaakin ne ajatukset ja vieny eteenpäin.”*

Erilaisten psykososiaalisen tuen muotojen tarjonta vaihteli kunnittain, mutta joissakin kunnissa hoitoon sisältyi monipuolisesti erilaista ryhmätoimintaa, kuten kokkaus-, elämänhallinta-, keskustelu- ja vertaistukiryhmiä. Nimenomaan korvaushoidossa oleville potilaille suunnatut vertaistukiryhmät nähtiin tärkeinä ja niiden lisääntymistä toivottiin, sillä esimerkiksi NA-ryhmien ideologinen tavoite kaikista tajuntaan vaikuttavista aineista pidättäytymisestä saattoi estää korvaushoidossa olevan potilaan pääsyn ryhmään (Kotovirta, 2009, s. 71). Vaikka toiminnallisiin ryhmiin osallistumiseen saatettiin suhtautua epäröiden hoidon alkuaikoina, haastattelun toteutumisajankohtana ja pitkälle kuntoutumisen perspektiivistä niiden saatettiin nähdä edistäneen kuntoutumista sekä tuoneen sisältöä ja ryhdikkyyttä silloiseen muuttuneeseen arkeen. Seuraavassa aineistokatkelmassa haastateltava kuvaa hoidollisten aktiviteettien merkitystä:

*K: Sä sanoit et se ensimmäinen vuosi (hoidossa) meni baarissa käytännössä?*

*V: No se oli käytännössä sitä et haettiin lääke ja sit mentiin baariin, miinus ne aktiviteetit tietenkin. Mutta, jos niit aktiviteettejä ei olis ollu, niin sitä ei varmaan*

*olis alkanu käymään salilla ja olis alkanu innostuun siitä, et vois muutakin tehdä, kun istua siel baarissa.*

*K: Niin, et se toi semmosen kipinän?*

*V: Nii, kyllä kyllä.*

*K: Ja jotain varmaan sitä järjestystä elämään?*

*V: Niin joo kyllä, ettei oo vaan sitä, et meet ja oot, miten huvittaa, vaan sun tarvii oikeesti olla enemmän tai vähemmän skarppina ja osallistua.*

#### **5.4.2 Irrallisuuden, erillisyyden ja ulkopuolisuuden kokemukset toimijuuden rajoitteina**

Toimijuutta rajoittivat ja kuntoutumiselle haasteita tuottivat irrallisuuden, erillisyyden ja ulkopuolisuuden kokemukset. Niitä aiheutui leimatuksi tulemisesta, päihdeklinikan harjoittamasta epäoikeudenmukaisena ja liiallisena koetusta kontrollista, yksinäisyyden kokemuksista, hoidolliseen päätöksentekoon mukaanpääsyn eväämisestä sekä työntekijöiden ja asiakkaiden välisistä vahvoista hierarkkioista. Irrallisuuden, erillisyyden ja ulkopuolisuuden kokemuksia ei syntynyt ainoastaan korvaushoidon ympäristössä, vaan niitä tuottivat myös laajempi huumeidenkäyttäjiin kohdistuva kielteinen yhteiskunnallinen ilmapiiri ja erilaiset ennakkoluulojen pohjalta tapahtuneet sosiaaliset kohtaamiset myös korvaushoidon ulkopuolella.

Kun päihdeklinikan taholta tapahtuneet luottamuksen osoitukset toimivat yksilöiden toimijuutta vahvistavina, luottamuksen puute ja epäilyksen alaiseksi joutuminen sen sijaan murensivat toimijuutta ja aikaansaivat ulkopuolisuuden kokemuksia. Vaikka hoidollisissa kontrollitoimenpiteissä voitiin nähdä myönteisiäkin seikkoja, usein niiden taustalla uskottiin pohjimmiltaan olevan ajatus asiakkaasta epäluotettavana ja puutteellisen itsekontrollin omaavana narkomaanina. Hoidollisen kontrollin koettiin tekevän hoidollisista käytänteistä jähmeitä ja joustamattomia. Tiukasti sääntöjen mukaan toteutettu hoito päi-

vittäisine lääkkeenhakuineen ja muine tarkkoine toimintatapoineen tuotti hoidossa oleville yksilöille vaikeuksia hoidon ja muun elämän yhteensovittamiseen. Kontrollitoimpiteet koettiin epäoikeudenmukaisina, kun niiden nähtiin sivuuttavan tarpeettoman paljon yksilöllistä elämäntilannetta.

*”Tosi kauan joka päivä piti käydä, että (asuinalueen nimi) asuttiin silloin niin bus-sil aina puoltoist tuntii per suuntaa pikkuvauvan kanssa hakeen lääke, et ei mitään joustoo. Et se oli aika inhottavaa aina aamul herätä ja lähtee.”*

Haastateltava kuvaa, kuinka hän joutui päivittäin matkustamaan pitkän matkan päihdekl-nikalle pienen lapsensa kanssa. Hänen mukaansa päihdekl-nikalla ei tarpeeksi huomioitu hänen elämäntilannettaan ja vanhemmuuttaan. Lääkkeenhakuajat oli määritelty tarkasti, ja niiltä myöhästymisen saattoi merkitä jopa päivän lääkeannoksen eväämistä ja siitä seu-rannutta pienennettyä lääkeannosta seuraavana päivänä. Seuraava haastateltava taas ku-vaa opiskelun ja hoidon yhteensovittamisen hankaluutta:

*”Sillon ku mä olin koulus lukiossa, niin silloin se oli kyl hankalaa sillai, et ku mun piti ensin käydä aamusin täällä ja sit mä meen lukioon ja sit emmä voinu siel sa-noo, et mä oon korvaushoidossa. Ni sit mä jouduin keksii jotain ja sit mä olin kui-tenkin joka aamu aina myöhäs.”*

Haastateltava oli joutunut korvaushoidon leimaavuuden vuoksi keksimään jonkin sepi-tyksen, minkä vuoksi hän saapui päivittäisen lääkkeenhaun vuoksi aina myöhässä. Hoi-dosta kertomisen haasteet olivat tuottaneet myös työn ja hoidon yhteensovittamiselle haasteita ja jännitteisiä tilanteita: hoidosta ei leimautumisen pelossa uskallettu työpaikalla puhua, mutta hoidosta kertominen olisi ollut välttämätöntä päivittäisten lääkkeenhaku-menojen vuoksi. Usein lääkkeenhakuajat osuivat juuri työajalle, mutta lääkkeenhakuai-koja ei välttämättä voitu sovittaa yksilön elämäntilanteeseen sopiviksi ja työntekoa huo-mioiviksi. Hoitoyksikön taholta työntekoon ei välttämättä kannustettu, vaan yksilöä saa-tettiin kehottaa jopa jättämään työpaikka ja keskittymään täysin voimin hoitoon ja kun-toutumiseen.

*”Se oli silloin aika hankalaa. Ja siinä ei tehty joustoja. Siinä aluks annettiin olettaa, että vois olla mahis. Mutta sitte joitain kuukausia mä kävin siellä haastatteluissa, niin sitten todettiin, et minkään näköisiä joustoja ei anneta työssä käyville. Et se on sitouduttava siihen hoitoon niin täysiin, et se työpaikka pitää unohtaa. Ja mä en halunnu siinä vaihees sitä tehdä.”*

Haastateltavat peräänkuuluttivat potilaan omien näkemysten huomiointia: mikäli potilas itse koki voivansa ja haluavansa tehdä hoidon ohella työtä, hoitoyksikön olisi tullut antaa siihen mahdollisuus ja tukea yksilöä päätöksessä. Haastateltavat korostivat, että työnteko voi parhaimmillaan olla kuntoutumista ja päihteettömyyden ylläpitoa edistävä sekä huumekulttuurista erkaannuttava aktiviteetti, johon myös päihdeklinikan olisi tullut tarjota tukea ja ymmärrystä.

Kokemukset joustamattomista hoitokäytännöistä olivat saaneet aikaan tuntemuksia siitä, että hoitoa toteutettiin samalla kaavalla jokaiselle potilaalle. Eräs haastateltava luonnehti tilannetta seuraavasti:

*”--must tuntuu et se on semmonen et yks tietty paketti kaikille. Et kaikille on semmonen oma narkkarimuotti ja sit on se paketti. Mut mul tietysti se et mul on poika niin se tietysti vaikuttaa sit hirveesti kans siihen, että en tiää sit, et jos ei ois ollu, ni ehkä se hoito olis sit ollu yksilöllisempää. Et jotenkin mun kans sit pelattiin niin varman päälle. Mut se yksilöllisyys ja sit se, et ku tää ongelma ei oo sama kaikille. Ni mun mielest sitä ei pitäis hoitaa myöskään samallailla.”*

Tilanteissa, joissa korvaushoidossa olevalla potilaalla oli lapsi, myös lastensuojelulla oli rooli hoidon organisoinnissa. Yllä olevan aineistokatkelman haastateltavan mukaan tämä oli vahvistanut hänen kohdallaan hoidollista sääntelyä ja tuonut mutkikkuutta luottamuksellisten hoitosuhteiden muovautumiselle. Hän esimerkiksi joutui varomaan sanojaan hoidollisissa tapaamisissa, sillä pelkäsi lastensuojelun puuttuvan pienimpiinkin ongelmatilanteisiin. Yksilöllisten elämäntilanteiden moninaisuus olisi haastateltavan mukaan tullut paremmin huomioida hoidossa.



Jäykkänä ja joustamattomana koetut hoidolliset menettelytavat olivat tuottaneet myös epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia. Hoidollisella kontrollilla ja sanktioilla oli konkreettisia seurauksia yksilöiden elämään, ja jos yksilö koki, että niitä toteutettiin hoitoinstituutiossa epäreiluin tavoin, oma toimijuus koettiin rajoitetuksi. Seuraava haastateltava kuvaa saaneensa sanktion korvaushoitolääkkeen katukauppaepäilyn vuoksi:

*”Mä olin lähteny klinikalta ja me käytiin kahvilla ja mä olin siis laittanu sen pussin vaan reppuuni ja sit varmaan, ku mä oon kaivanu sieltä jotain, niin se on pudonnu sieltä ja sit mä sain siitä ihan helvetinmoisen rankun, kun ne katto tietysti, et mä oon myyny ne tai jotain muuta ja se nyppi aika huolella. Et mä en muista jouduiks mä silloin kaheksan kuukautta vai mitä mä jouduin käymään joka päivä hakemassa, et mulla lähti tavallaan alusta se koko rumba.”*

Haastateltava kuvaa, kuinka epäilyksen alaiseksi joutumisesta oli seurannut kotilääkejärjestelystä putoaminen ja tästä seurannut päivittäinen lääkkeenhaku. Tilanne oli synnyttänyt turhautumisen kokemuksia, sillä yksilöä ei hoitoyksikössä uskottu ja päivittäisillä lääkkeenhauilla oli muuta elämistä rajoittava vaikutus. Tällaisten tilanteiden uskottiin kumpuavan epäluottamuksesta huumeidenkäyttäjiä kohtaan. Seuraava haastateltava kertoo, minkälaiseen tilanteeseen huumeuseulasta tullut väärä positiivinen tulos oli johtanut:

*”--siellä näky joku en mä tiedä mistä se näky mut joku erittäin vanha hassisjäämä näky ja koko ajan näky ja välillä se ei näkyny. Mutta silti se kuulemma näky ja mä en tiä miten se- mulla oli ihan kummallinen juttu, koska mä en oikeesti polttanu sitä. Et mä en saanu noit kotilääkkeit ollenkaan, et se alko sit olee siin muutaman kuukauden kohalla silleen jo psykkeelle aika raskas, ku mä en voinu mitään muut tehdä, ku mennä sinne klinikalle ja sitte odottaa koko ajan. Enkä päässy töihin enkä saanu mihinkään mennä. Et se oli tosi sidottuu eikä niil ollu tarjota mitään tekemistä.”*

Seulatulosten myötä haastateltava oli ajautunut hoidollisesti epämääräiseen tilanteeseen, jossa häneltä oli viety pois vaikuttamisen ja luottamuksen takaisinsaannin mahdollisuudet. Hoitomotivaatiota lannistivat päivittäisten lääkkeenhakujen ja hoidon sitovuuden lisäksi arjen mieluisten sisältöjen puute. Epäilyksen ja tarkkailun alaisena oleminen koettiin väsyttävänä ja tuskastuttavana.

Kuntoutumisen prosessiin liittyi hoidon alkuvaiheissa usein huumemenneisyyteen kytkeytyviä häpeän kokemuksia ja oman paikan hakemista kuntoutumisen kentällä. Hoitoyksikön tarjoama tuki nähtiin erityisen merkityksellisenä tässä kohtaa, ja myös toimijuuden murentumisen kokemuksilla oli tällöin erityinen vaikutus. Kokemus itsestä ainutlaatuisena yksilönä ja toimijana murentui kategorisissa, leimaavissa kohtaamisissa. Epäilyksen alaiseksi joutumisen nähtiin kumpuavan pohjimmiltaan yleisistä huumeidenkäyttäjien epäluotettavuuteen liittyvistä kulttuurisista käsityksistä. Korvaushoidollisten kohtaamisten lisäksi leimaavaa kohtaamista oli koettu esimerkiksi lääkärikäynneillä, joilla päihdehoidon ilmitulo oli aiheuttanut käyttäytymisen muutoksen lääkärissä sekä epäilyksiä siitä, että asiakas oli tullut käynnille vain havitellakseen lääkereseptejä. Lääkäri saattoi myös suhtautua epäuskoisesti potilaan esiin tuomiin fyysisiin kipuoireisiin, sillä ne saatiin tulkita vain vieroitusoireiksi.

Hoidollinen tuensaanti ja hoidon pyrkimys yksilön toimintakyvyn ja toimijuuden vahvistamiseen ei näyttänyt optimaalisella tavalla toteutuvan tilanteissa, joissa yksilöt kokivat hoidon holhoavana, epäoikeudenmukaisena, kahlitsevana tai yksilöllistä elämäntilannetta sivuuttavana. Irrallisuuden, erillisyyden ja ulkopuolisuuden kokemuksia vahvistivat työntekijöiden ja asiakkaiden väliset hierarkiat. Hierarkiat ilmenivät esimerkiksi niin, että yksilöt eivät aina kokeneet päässeensä osallistumaan riittävästi hoidolliseen päätöksentekoon:

*”--yks pahin epäkohta, mitä mun mielestä on siellä niin on, mitä mä oon yrittänyt ehottaa ja kehittää, että ku siel on tää salainen tiimi, joka päättää mejän asiat. Myös nämä loma-annokset ja nämä. Että sinne pääsis se ihminen puhumaan, kenen asioista puhutaan, niin pääsis sanomaan oman sanansa, mut sehän on evätty. Et mun mielestä se on iso osa, et ne päättää kuitenkin mejän elämistä, ja tosi isoista asioista, mut sä et pääse sinne ite vaikuttaan millään lailla asiaan. Et musta se on ehkä suurin epäkohta siellä. Et sinne lapun saat jättää, mut se on sitten, et miten*

*se luetaan siellä tiimissä, kuka sen lukee ja millä äänenkäytöllä ja naureskellenko, että tää on nyt taas joku vedätyks. Lisää, enemmän yhteistyötä henkilökunnan kaa ja vähemmän sitä salailua.”*

Haastateltava nostaa esiin salaiset hoitopalaverit, joissa tehtiin merkityksellisiä päätöksiä potilaan elämän kannalta ja joihin potilailta oli evätty pääsy. Osallisuuden evääminen sijoitti yksilön vaikuttamisen ulkopuolelle, marginaaliin. Hierarkiat etäännyttivät päihdehuollon työntekijöitä ja potilaita toisistaan. Työntekijöiden roolit saattoivat hahmottua kontrolloi- ja sanktitoimenpiteiden toteuttajiksi kun taas potilaat saattoivat kokea olevansa hoitokäytänteille alisteisia toiminnan kohteita.

Tosin haastateltavat toivat myös esille, kuinka viime vuosien aikana hierarkiat olivat mataltuneet. Opioidikorvaushoidossa olevien sosiaalista osallisuutta vahvistava OK-hanke<sup>2</sup> oli tuonut asiakkaita ja päihdetyötä tekeviä työntekijöitä lähemmäs toisiaan. Hankkeen ja sen järjestämien toiminnallisuuksien myötä työntekijät ja asiakkaat oleskelivat ja jutustelivat yhdessä aiempaa enemmän, ja keskinäinen ymmärrys heidän välillään oli vahvistunut. Tilanne näyttäytyi kuitenkin vielä uudeltaiselta ja poikkeukselliseltakin.

## **5.5 Hoidon keventymisen aika, nykyisyys ja tulevaisuus**

Korvaushoito on pitkäkestoinen päihdehoitomuoto, josta irrottautuminen on vähäistä (Tourunen ym., 2009). Tässäkin aineistossa hoitopolut olivat haastatteluhetkellä kestäneet kauan, keskimäärin yli 10 vuotta. Kuntoutuminen oli edennyt vähitellen hoidon aikana. Kenties merkityksellisimpänä seikkana kuntoutumisen kannalta nähtiin päihdehoidon, uusiin aktiviteetteihin ja sosiaalisiin ympäristöihin kiinnittyminen siten, että hoidollisen tuen merkitys puolestaan vähitellen kaventui. Hoidon merkityksen muuttuminen näkyi haastateltavien kuvauksissa siitä, kuinka sekä lääkityksen että psykososiaalisen tuen

---

<sup>2</sup> Kolmevuotinen (2016-2019) valtakunnallinen hanke, jossa opioidikorvaushoidossa olevien sosiaalista osallisuutta pyritään vahvistamaan osallisuutta lisäävillä toimintamalleilla ja vertaistyon muodoilla. Osallisuutta edistetään mm. toteuttamalla vertais- ja kokemusasiantuntijatoimintaa, yhteisöllisiä työmuotoja, lisäämällä työ- ja toimintavalmiuksia sekä opinto- ja työllistymispolkuja. (Haettu 1.1.2019 osoitteesta <https://www.okhanke.fi/>)

roolia oman päihteettömyyden ylläpitämisessä ei nähty enää niin merkittävänä kuin hoidon ja kuntoutumisen alkuvaiheissa.

*”Mä saatan välil unohtaa (lääkkeen) päivän aikana ja sit mä ihmettelen iltapäiväl kolmen neljän aikaan, et miks on niin väsyny ja nihkee olo ja sit mä oon et perkele, mä en ottanu lääkkeitä. Ja ku niin se pitäis ihmisil ollakin tässä. Et no joo aluks se lääke määrää, ku sitä annostasoo haetaan, mut sit oikeesti, ku sä saat siihen elämään jotain muutakin tekemistä silleen, niin ei se pitäis olla se, millä sä käynnistät päivän, et ku sä saat silmät auki, sä keität kahvia ja sit sä otat lääkkeit, et sit sä pääset käyntiin. Pitäis päästä mun mielest ilman sitäkin.”*

Kuntoumisen kannalta tavoiteltavana nähtiin tilanne, jossa hoidollisten tekijöiden merkitys kaventuisi sitä mukaa, kun yksilö orientoituisi uusiin elämän sisältöihin. Tässä vaiheessa lääkityksen ei tulisi merkitä elämisen ehtoa, vaan sen tulisi olla ennemmin takalalla oleva tukipilari. Hoidon alussa lääkityksen merkittävämpi rooli oli tosin ymmärrettävä, sillä elämäntilanteen tasoittumiseen, huume kuvioista irtipääsyyn sekä lääkityksen kohdille saamiseen kului väistämättä aikaa.

Kuntoutumisen edetessä hoitoyksikön taholta toteutettiin enemmän joustoja. Joustot edellyttivät usein sitä, että kuntoutumisen edistymistä arvioitiin hoitoyksikön taholta muun muassa seulatulosten, päihdeklinikan normien mukaisesti toimimisen ja hoitoon sitoutumisen, päihteettömiin aktiviteetteihin kiinnittymisen ja elämänhallinnan kautta. Hoidossa olevaan yksilöön vahvistuneen luottamuksen myötä saadut hoidolliset joustot laajensivat yksilön koettuja toimintamahdollisuuksia.

Hoidon myötä yksilöt olivat saaneet myös toimintavalmiuksia, joita voitiin hyödyntää uusiin, päihteettömiin aktiviteetteihin kiinnittyessä. Omien toimintavalmiuksien vahvistuessa myös tarve psykososiaaliselle hoidolle vähentyi. Omahoitajatapaamisten määrä olikin harventunut, ja joillakin haastateltavilla tapaamisia oli enää muutaman kerran vuodessa. Tapaamisten kuvattiin olevan enää vain kuulumisten vaihtoa.

*”Nyt nähään (omahoitajan kanssa) vaan oikeestaan kerran kuussa parissa. Miten nyt sattuu hänellä olee aikoja. Ei ne käynnit enää oikeestaan mun hoitoon liity millään lailla. Vähän mitä kuuluu kukkuluuruu tyyliin.”*

Hoidon toteuttamisen ympäristöt olivat usealla haastateltavalla muuttuneet. Kevennetyt hoitomuodot, kuten terveystieteiden keskuksessa toteutettava korvaushoito ja korvaushoitolääkkeen apteekkijakelu, olivat mahdollisia kuntoutumisessaan pitkälle edenneille henkilöille (Partanen ym., 2017). Lääkkeenhakuajat harventuivat kuntoutumisen edetessä ja hoito-ympäristön vaihdosten myötä. Suurin osa haastateltavista haki korvaushoitolääkkeensä kerran viikossa ja osa ainoastaan kerran kahdessa viikossa.

Korvaushoidon toteuttamisen muuttuneet kontekstit nähtiin yleisesti kuntoutumisprosessia tukevin. Siirtyminen korvaushoitolääkkeen apteekkijakeluun merkitsi yksilöille mahdollisista sidoksista vapautumista. Apteekkijakelussa lääkkeenhauulle oli määritelty viikonpäivä, mutta lääkkeenhaku tapahtui apteekin aukioloaikojen puitteissa ja yksilön omiin aikatauluihin sopivalla tavalla. Korvaushoitolääkkeen hakeminen apteekista oli myös etäisyyksien ja matkanteon puolesta vaivattomampaa kuin päihdekllinikalla käyminen, ja yksilöillä oli mahdollisuus valita apteekkisopimusta tehdessä heille sopivan etäisyyden päässä oleva apteekki.

*”No mun mielest se (apteekkijakelu) on hyvä koska sitten- tai mulle se on hyvä. Koska mä haluan olla hoidos mahdollisimman vähän. Ja sit siin on se et mahdollistaa sen normaalin elämän kuitenkin. Et sun on helpompi käydä siin lähiapteekis jos on vaik duunis tai jossain, ku ehä mä tietenkään voi duunis puhuu, et joo et mä käyn nyt hakee nää mun korvaushoitolääkkeet. Ja sit sä pystyt vaan aamul äkkiä käydä siin apteekissa. Mut sit jos mä esimerkiks tulisin aamusin tänne näin, niin se onkin sit vähän isompi operatio. Et mä en välttämättä ehi sinne duuniin yks tai millon mun sit täytyy olla siellä.”*

Haastateltava kuvaa, kuinka työnteon yhdistäminen hoitoon oli huomattavasti yksinkertaisempaa apteekkijakelun piirissä oltaessa. Ajatus ”normaalista” nostettiin apteekkijakelusta puhuttaessa usein esille, sillä ympäristönä apteekki koettiin vähemmän leimaavana kuin päihdekliniikka. Päihdekllinikalla asioimiseen liittyi kielteisiä merkityksiä, ja eräs haastateltava esimerkiksi kuvasi, kuinka hänestä tuntui kiusalliselta kävellä päihdekliniikalle, jota ulkona viitoitettiin suurin kyltein. Toinen haastateltava taas kuvasi sitä, kuinka hän pelkäsi, että hänen työnantajansa näkisi hänen astuvan päihdekliniikalle sisään, sillä siitä voisi aiheutua haitallisia seurauksia.

Sen sijaan apteekkiympäristössä yksilön oli mahdollista identifioitua normaaliksi kansalaiseksi muiden lääkkeenhakijoiden joukossa. Asiakkaat hakivat lääkettä kuka mihinkin sairauteen, eikä yksilön tarvinnut olla varuillaan sen suhteen, tulisiko hän nähdä korvaushoitopotilaana. Yksilön vapausasteet lisääntyivät, kun alisteisuus hoidolliselle määrittelylle ja kontrollille vähentyi.

*”Mä en kuvittele mitenkään olevani erilainen, ku tääl (päihdekllinikalla) muutkaan asiakkaat, mut kyl tääl käynti oli aika silleen, en mä nyt tiedä ahdistavaa, mut ei tääl kauheen mielellään käy. Mul ei oo tääl kavereita ja tää ei oo oikeen semmonen. Mä käyn mieluummin apteekis. Se on normaalii. Mä haen muutenkin lääkkeet apteekista.”*

Päihdekllinikalla käyminen saattoi tuntua raskaalta, sillä siellä joutui kohtaamaan huonossa kunnossa olevia henkilöitä, jotka eivät olleet vielä irtautuneet huume kuvioista. Aineistossa myös kuvattiin, kuinka päihdekllinikalla joutui kuulemaan ”alamaailmapuhetta”, josta itse koki jo etääntyneensä ja jonka kuuleminen sai aikaan turhautumisen kokemuksia. Päihdekliniikka ympäristönä saatettiin kokea myös retkahduksille altistavana, erityisesti, jos oma kuntoutuminen ei olisi ollut niin vakaalla tasolla kuin se nykypäivänä oli.

*”Niin ja varmaan monel on just jollain vähän kuka on heikommas tilantees, niin sit näkee kaikki vanhat tutut siellä (päihdekllinikalla), että se ei oo välttämät hyvä, että kaikki kokoontuu samaan aikaan sinne ja jäädään kadun kulmaan säätämään. Et sitä hän siellä tapahtuu.”*

Haastateltava kuvaa, kuinka vanhojen käyttökavereiden kohtaaminen päihdekllinikalla saattaisi johtaa riskialttiisiin tilanteisiin ja huume kuvioihin paluuseen. Toinen haastateltava totesi, kuinka esimerkiksi haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevat henkilöt saattoivat jäädä klinikan lähistölle ”norkoilemaan” ja kaupittelemaan aineita. Apteekki-jakeluun siirtymisen toivottiinkin olevan mahdollista jo varhaisemmassa vaiheessa, ei

vasta sitten, kun kuntoutuminen oli jo vakaalla tasolla, sillä tällöin voitaisiin paremmin tukea hoidossa olevaa yksilöä päihdeettömään elämäntapaan sitoutumisessa.

Kaikkien haastateltavien kohdalla siirtyminen apteekkijakeluun ei kuitenkaan ollut mahdollista esimerkiksi metadonilääkityksellä olemisen vuoksi. Tällöin korvaushoitoa toteutavalla klinikalla oli saatettu mahdollistaa pitkälle kuntoutuneille oma erillinen lääkkeenhaku-aika. Sen kuvattiin vähentäneen klinikkaympäristössä heränneitä ahdistuneisuuden tuntemuksia.

Päihdekliniikkaan liitettiin kuitenkin myös myönteisiä merkityksiä. Se voitiin kokea turvallisenä ympäristönä, sillä sieltä sai avun nopeasti ja kontaktin tuttuihin työntekijöihin. Eräs haastateltava oli vastikään tipahtanut kotilääkejärjestelmästä retkahduksen vuoksi ja haki sen vuoksi lääkkeensä päihdeklinalta päivittäin. Hän koki, että retkahduksen taustalla olevan elämän kriisitilanteen myötä klinikan tarjoama tuki oli hyvin tärkeää. Lisäksi osa terveyskeskukseen siirtyneistä haastateltavista oli sitä mieltä, että päihdeklinalla oli luontevampaa kertoa päihdeongelmasta kuin terveyskeskuksessa, jossa henkilökunta ei välttämättä ollut päihdekysymyksiin perehtynyt.

Apteekkijakeluun liittyen aineistosta kumpusi myös joitakin kriittisiä ääniä, joskin varsin vähän. Eräs haastateltava mainitsi apteekkijakeluun siirtymisen mahdollisena ongelmana sen, että työssä käyvät potilaat joutuvat maksamaan lääkityksensä apteekista haattaessa itse, kun päihdeklinalta haattaessa lääke oli ilmainen. Apteekkijakelussa olemisen uumoitiin tuottavan myös haasteita esimerkiksi mahdollisen retkahduksen yhteydessä, sillä tällöin nopean tuen saaminen saattaisi olla hankalampaa.

Vertaistuen antamisen merkitys vahvistui kuntoutumisen edetessä. Muiden auttaminen omien elämäkokemusten kautta nähtiin tärkeänä ja palkitsevana. Asiakkaan osallisuuden tukeminen mielenterveys- ja päihdetyön saralla on tunnustettu tavoite ja arvo, ja sen toteutumiseen on pyritty erilaisilla asiakaslähtöisillä rakenteiden ja toimintatapojen uudistamisilla, kuten kokemusasiantuntija- ja vertaisohjaajakoulutuksilla (Falk ym., 2013). Useat haastateltavat olivat käyneet läpi kokemusasiantuntija- tai vertaisohjaajakoulutuksen, ja moni haastateltava haaveili myös päihdetyön tekemisestä. Se, että yksilö koki hä-

nen omaa asiantuntijuuttaan arvostettavan ja että hänellä oli mahdollisuus asiantuntijuuttaan hyödyntäen päästä kehittämään hoidollisia toimintatapoja, koettiin tärkeäksi toimijuuden resurssiksi.

*”Mä oon aina halunnu, siis mul on aina ollu se käyttöajanakin se, et jos mää pystysin jotain auttaa näillä kokemuksillani. Niin tää on tullu just sopivaan aikaan tää vertaistoiminta ja kokemusasiantuntijatoiminta.”*

Muiden auttamisen edellytyksenä oli kuitenkin se, että oma kuntoutuminen ja elämäntilanne olivat riittävän vakaalla tasolla, ja että omiin kuntoutumiskokemuksiin pystyttiin ottamaan etäisyyttä. Kuntoutumisen alkuvaiheissa välien katkaiseminen huumeita käyttäviin tuttaviihin oli nähty väistämättömänä huumekuvioista irtautumisen kannalta, mutta nykyisessä tilanteessa päihdeongelmasta kärsivien kohtaamiseen ja auttamiseen oli resursseja. Seuraava haastateltava kuvaa, kuinka hänellä oli kestänyt kauan aikaa ennen kuin hän uskalsi lähteä mukaan sellaiseen toimintaan, jossa hänen tuli kohdata tuttavien huumeidenkäytön ajoilta:

*”Mulla meni 10 vuotta ennen ku mä uskalsin lähtee tähän OK-hankkeeseen, et mua on kaikkeneköisiin pyyetty, mut mä en oo uskaltanu, ku mä oon pelänny, että mä nään siellä niitä vanhoja kavereita ja ajaudun taas siihen. Et mul oli se oma tapa et mä eristäydyin.”*

Usealla haastateltavalla oli halu olla tulevaisuudessa kehittämässä päihdehoitoa, sillä he olivat itse nähneet ja kokeneet, mitkä hoitokäytännöt ovat toimivia ja mitkä eivät. Halu hoitojärjestelmän uudistamiseen osoitti, että yksilöillä oli tarve vahvistaa omia vaikuttamisen mahdollisuuksia. Oma elämäkokemus kyettiin näkemään arvokkaana kokemusasiantuntijuutena.

*”Kyl tää (päihdehoito) on menny eteenpäin. Vaatii se tietysti vieläkin parannuksia, mut ne kestää, kestää. Siks mä haluaisin olla mukana muuttamassa niitä, että ei tarttis ihmisten kärsiä ja ei tarttis tehdä tällöisiä tyhmiä valintoja, ku vois jollain pienillä jutuilla tehdä se helpommin ja paremmin. Säästyis rahat kaupungilta ja*



*ihmishenget ja inhimillinen kärsimys, ku kylhän käyttö vaikuttaa itsensä lisäksi siihen lähiympäristöön missä se tekee sitä tuhoa. Et se voi olla isokin ringi, mihin yks ihminen vaikuttaa. Et kyl se on hyvin iso asia, jos saa yhdenkin ihmisen pois siitä.”*

Kuntoutumisen myötä arjen sisällöt olivat vähitellen muuttuneet. Merkityksellisenä koettiin tavallisen arjen eläminen. Tavallinen arki sisälsi esimerkiksi puutarhan hoitoa, pyöräilyä, sienestämistä ja kuntosalilla käymistä. Kun ruoanlaitto oli käyttöaikoina saattanut merkitä eineslihapullia ja valmispitsoja, saatettiin siihen nykyään panostaa enemmän. Myös omaan terveyteen kiinnitettiin laajemmin huomiota: esimerkiksi todettua C-hepatiittia tai HIV-tartuntaa hoidettiin, ja oma mielenterveys sai tärkeämmän roolin ja siihen haluttiin satsata.

Elämän kokonaistilanteen tasoittuminen ilmeni myös sosiaalisissa suhteissa. Suhteet perheeseen ja läheisiin olivat parantuneet, joskaan täysin ongelmattomia ne eivät olleet. Omaa päihteettömyyttä saatettiin joutua vakuuttelemaan läheisille, sillä läheisten pelko retkahduksista tai huume kuvioihin paluusta ei ollut täysin hävinnyt. Ne haastateltavat, joilla oli lapsia, kokivat vanhemmuuden eräänä nykyisen elämänsä tärkeimmistä sisällöistä, ja kokivat, että heidän tuli paikata huumeidenkäytön aikoina aiheutuneita vanhemmuuden säröjä. Lapsista huolehtiminen edellytti kuitenkin ennen kaikkea omasta hyvinvoinnista kiinnipitämistä. Myöskin parisuhteen merkitys kuntoutumisen kannalta tuotiin useassa haastattelussa esille.

*”Kun hän on kans korvaushoidossa niin siis sehän on ihan mieletön tuki. Ja ku hän on aikuinen ihminen verraten tähän mun edelliseen. Sehän oli ihan lapsen tasolla. Hänen kans voi keskustella ihan mistä vaan, ja aikuismaisesti. Ja sovittu-kin silleen, et me tietyin väliajoin keskustellaan, päivitetään toistemme asiat. Mut on siis sehän on ihan mieletön vertaistuki, kun on ihan samassa tilanteessa.”*

Aineistossa monet haastateltavat olivat kulkeneet kumppaninsa kanssa hoitopolun yhdessä, ja kokivat sen olleen vaikeina aikoina elämää koossa pitävä elementti. Eräs haastateltava kuvasi löytäneensä kumppanin, jolla ei ollut minkäänlaista päihde- tai rikoshistoriaa, ja koki sen asiana, jonka toteutuminen ei olisi ollut huumeidenkäytön aikoina mi-

tenkään mahdollista. Eräs haastateltava kuitenkin kuvasi olevansa parisuhteessa alkoholismista kärsivän kumppanin kanssa, jolloin parisuhteella ei ollut elämäntilannetta tukevaa merkitystä, vaan se loi haasteita päihteettömyyden ylläpidolle.

Nykyinen elämäntilanne ei merkinnyt vain seesteisyyttä tai jonkinlaista kuntoutumisen oppikirjamaista ”ideaaltilaa”. Haastateltavat toivat esiin vaikeuksia ja pulmia, joiden kanssa he joutuivat nykyisinkin ja vastedeskin kamppailemaan. Näitä olivat esimerkiksi alemmuuden ja häpeän tunteet sekä itsesyytökset, jotka johtuivat huumetaustasta ja siihen päälle lyödystä häpeäleimasta. Eräs haastateltava kertoi kokevansa alemmuuden tunnetta siitä, ettei hän ollut palkkatyössä, jonka hän koki jonkinlaisena kuntoutumisen tavoitetasona. Toinen haastateltava kuvasi, kuinka pitkäkestoiseen flunssaan sairastuttuaan ja kotoaan pitkään maattuaan hän oli kokenut arvottomuuden tunnetta siitä, että hän oli vain maannut sängyssä tekemättä mitään. Hän koki, että huumeidenkäytön aikaiset itsensä halveksumisen ajatukset olivat tällöin juolahtaneet mieleen.

Ideaalitulanteena nähtiin henkisten virikkeiden täyteinen monisisältöinen arki. Mieluisan työn ja opiskelupaikan saanti koettiin tavoiteltavina asiona, mutta niiden löytäminen ja saaminen ei merkinnyt vain yksilöllisiä ponnisteluja, vaan tärkeää oli se, että yksilölle, taustastaan huolimatta, tarjoutui työn ja opiskelun mahdollisuuksia. Seuraava haastateltava kuvaa vaikeuksia opiskelupaikan saannissa:

*”Se on tuonu niitä vaikeuksia että niitä just äsken puhuttiin tossa ryhmässä että jos menee rehellisesti niin kuin määkin menin kouluun niin, ensimmäinen vastaus oli että: ’Emme ota käyttäjiä kouluun’. Eli jo kertoo, minkälaiset ennakkoluulot on ihmisillä, jotka opettaa tätä päihdetyötä, niin ne ei tiää, et mitä korvaushoito on. Ne luulee, että me ollaan vieläkin huumeidenkäyttäjiä. Niin se kertoo paljon niistä ennakkoluuloista. Mut nyt, kun sitten taistelemalla pääsin siihen kouluun, niin kyllä on hienoo nähä, miten ne saattaa tulla kysyy ennen tunnin alkuu, että mites että ku tällee, niin onks sun mielest se, että saattaa tulla kysymään. Tai sit luokassa jos käyään jotain asiaa läpi, niin sitten kysytään hei et miten se teoriassa menee. Niin, et sillai ku mä teen semmosta pioneerityötä toisaalta, et oon ensimmäinen ihminen joka, ainakin (maakunnasta) pääsee koko kouluun, mut toisaalt se luo paineita sit siihen, että mun on hoidettava tää, et jos mä kusen tän jutun, niin sitten ne tulevatkaan ei välttämättä pääse. Että se luo määrättyjä paineita myös niinkin.”*

Korvaushoidossa olemiseen koettiin edelleen liittyvän vahvoja leimoja, joita havaittiin esimerkiksi erilaisissa hoidon ulkopuolisissa kohtaamisissa. Leimoja kuitenkin pyrittiin nujertamaan, ja edeltävässä aineistokatkelmassa kuvataankin sitä, kuinka kamppailu opiskelupaikan saamiseksi oli lopulta johtanut tilanteeseen, jossa yksilön kokemusasiantuntijuutta koulussa arvostettiin. Korvaushoitoon kytkeytyviä ennakkoluuloja pyrittiin rikkomaan myös lisäämällä yleistä tietoisuutta hoidosta kertomalla ihmisille hoidon myönteisistä tekijöistä ja kertomalla korvaushoidosta esimerkiksi radiossa tai televisiossa. Näin virheellisiä hoitoon liittyviä käsityksiä uskottiin voivan oikoa.

*”Monesti on tullu siis saanu tavallaan, ku sillon ku korvaushoito alko ku se oli ihan niitä alkuaikoja sillon, et olikohan K-klinikka vajaa vuoden ollu sillon, ja sitä lehdissä hirveesti kirjoiteltiin, että kun valtion rahoilla ihmiset narkkaa ja muuta, niin sit ku sanoit että oot korvaushoidossa ja tavallaan selitit ihmisille sen, että missä mä olin kaks vuotta sitten ja mikä on se muutos, niin sit et muutamalla ihmiselle on saanu selitettyä sen et ne on hokannu, et okei tää voikin olla näin hyvä juttu. Ja sit toivottavasti ne kertoo sen muutamalle ihmiselle eteenpäin.”*

Tulevaisuuteen suhtauduttiin aineistossa toiveikkaasti. Tulevaisuuden toivottiin sisältävän ”tavallisia” asioita, kuten merkityksellisiä ihmissuhteita, mielekästä työtä ja opiskelua ja uuden asunnon hankintaa. Eräs haastateltava kuvasi tulevaisuuden haaveitaan seuraavasti:

*”Siis semmonen sanotaan semmonen suomalainen unelma. No se on ehkä aika ylös rankattu toive, mutta kannattaa tavotella aina parempaa. Järvenrantatalo, kultainen noutaja. No ei, mä oon enemmän kissaihmissiä.”*

Tulevaisuuden tavoitteisiin kuitenkin suhtauduttiin hieman varauksella, sillä nykyisen elämäntilanteen saavuttaminen oli edellyttänyt ponnisteluja ja elämäntilanne koettiin sellaiseksi, johon oltiin varsin tyytyväisiä.

*”Kyllä mä suht tyytyväinen oon. Mul on aika tasapainonen elämä tällä hetkellä. Tietysti on ylä- ja alamäkiä, mut nehän kuuluu elämään. Niitä pitää ollakin.”*

*”Kyl mä totta kai tyytyväinen oon. Oikeestaan ajattelen, et en vois parempaan pystyä, missä mä nyt oon. Että menny yli odotustenkin.”*

Tarkkojen tavoitteiden sijaan paremmaksi koettiin nykyhetkeen ja omaan hyvinvointiin keskittyminen. Liiallisten tavoitteiden asettaminen koettiin paineita luovaksi.

*”En mää jaksa niin pitkän tähtäimen suunnitelmii. Toki mä vähän funtsin miten menee mut en mä sit aattele et no kolmen vuoden pääst tai viiden vuoden pääst pitää olla nää nää ja nää. Se tuo vaan stressii.”*

Lääkityksestä kokonaan irtautumiseen suhtauduttiin empien. Eräs haastateltava kuvasi, että vaikka lääke oli tänä päivänä sivuroolissa hänen elämässään, niin sen mahdollinen lopetus tulevaisuudessa askarrutti, sillä sen pelättiin huojuttavan nykyistä tasapainoista elämäntilannetta. Useat haastateltavat kuitenkin olivat sitä mieltä, että lääkityksestä eroon pääsy olisi jossakin elämänvaiheessa järkevää. Haastateltavat kuitenkin toivat esiin sen, että lääkityksen lopettaminen edellyttäisi pidempään jatkunutta seesteistä elämäntilannetta sekä sitä, että elämän eri osa-alueet, kuten työ ja talous olisivat vielä vakaammalla tasolla.

*”Jossain vaiheessa mä tietenkin haluan laskee pois kokonaan sen lääkkeen että mulla ei oo missään vaiheessa ollu ajatus että olisin loppuelämäni. Että sit siinä vaiheessa kun on menny pitempään hyvin ja vaikka nytkin on menny, mutta että sit on ne muutkin asiat ja ne tukiverkostot ja tämmöset kunnossa ennen ku sitä lähtee laskemaan sitä. Ja tietenkin se vähän pelottaakin, miten siinä sitten pärjää, mutta sitte ku siihen on valmis, nii kyllä sen oon aina ajatellu laskee jossain vaiheessa.”*

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Johtopäätösluku jakautuu neljään alalukuun. Alaluvussa 6.1. ensimmäisen tutkimuskysymyksen tulokset sidotaan tutkimuskirjallisuuteen ja alaluvussa 6.2. toisen tutkimuskysymyksen. Alaluvussa 6.3. pohditaan tuloksia toimijuuden käsitteen kannalta. Alaluvussa 6.4 pohditaan ja reflektoidaan tutkimusprosessia. Alaluvussa 6.5. esitetään loppupäätelmiä.

### 6.1 Minkälaisena pitkälle kuntoutuminen aineiston valossa hahmottuu ja merkityksellistyy?

Pro gradu -tutkielmani pohjana toimi A-klinikkasäätiön hankkeen ”Opioidiriippuvuuden korvaushoito Suomessa – lääkkeen valintaan ja hoitokäytäntöihin vaikuttavat tekijät” osana kerätty aineisto, joka koostui korvaushoidossa olevien pitkälle kuntoutuneiden henkilöiden haastatteluista. Pitkälle kuntoutuminen toimi tutkielman lähtökohtana, eikä se näin ollen ollut varsinainen tutkielman tulos. Kuitenkin ensimmäisen tutkimuskysymyksen tavoitteena oli selvittää, kuinka haastateltavat itse hahmottivat kuntoutumisen prosessiaan. Kun kuntoutuminen oli edennyt jo pitkälle, oli haastateltavien mahdollista tarkastella kuntoutumisen prosessiaan kokonaisuutena ja siihen paikoin etäisyyttäkin ottaen.

Pitkälle kuntoutuminen ei ollut hahmotettavissa ainoastaan Selinin (2013) mainitsemien korvaushoidon vaikuttavuutta arvioivien tekijöiden, kuten oheiskäytön vähentymisen tai loppumisen ja hoidossa pysyvyyden, tai Laineen ja Annilan (2015) esiin nostaman työllistymisen kautta, vaan kuntoutuminen hahmottui ennen kaikkea subjektiivisena kokemuksena elämäntilanteen muutoksesta suhteessa huumeidenkäytön tai korvaushoitoon hakeutumisen aikaan (ks. Falk ym., 2013). Muutoksessa oli kyse muuttuneista arjen sisällöistä, kuten huumeidenkäytön aikoihin verrattuna monipuolisemmasta ruoanlaitosta, uusista mielekkäistä harrastuksista ja päihitteettömistä ihmissuhteista. Kuntoutuminen ei merkinnyt ainoastaan päihderiippuvuudesta toipumista, vaan laajempaa toimintamahdollisuuksien ja toimintakyvyn vahvistumista sekä monille elämän osa-alueille ulottuvaa, yksilö- ja ympäristötekijöiden keskinäisyydessä tapahtuvaa elämänmuutosta.

Kun aineistoa verrattiin aiempaan korvaushoitoa koskevaan tutkimuskirjallisuuteen, voitiin havaita, että tämän tutkielman haastateltavilla oli vähemmän elämän eri osa-alueille ulottuvia vaikeuksia. Toisin kuin esimerkiksi Laineen ja Annilan (2015) tutkimuksessa, jossa hoidon vastikään aloittaneista 47 korvaushoitopotilaasta 41 oli työttömiä, tämän tutkielman aineistossa työpaikka oli 13 haastateltavasta kahdeksalla, kun mukaan luettiin palkkatyön lisäksi myös kuntouttava työtoiminta ja osa-aikaiset työsuhteet. Lisäksi aineistossa neljä haastateltavaa oli opiskelemassa uutta tutkintoa.

Laine ja Annila (2015) havaitsivat tutkimuksessaan, että työllistyminen oli kuitenkin runsasta korvaushoidon ja kuntoutumisen edetessä siten, että kuntouttavaan työtoimintaan oli hoidon aikana siirtynyt 41 prosenttia tutkituista ja palkkatyöhön 19 prosenttia. Myös tutkielmani aineistossa työllistyminen ja opiskelupaikan saanti tai opiskeluiden loppuun saattaminen oli useiden haastateltavien kohdalla tapahtunut korvaushoidon aikana.

Keskeisenä tuloksena voidaan nostaa esiin, että vaikka haastateltavat eivät olleet irrottautuneet korvaushoitolääkkeestä, kokivat he silti etäännyneensä vahvasti huume kulttuurista ja edenneensä kuntoutumisessaan pitkälle sekä hahmottivat elämäntilanteensa seesteisenä. Tulos poikkeaa Kankaanpään (2013) korvaushoidosta onnistuneesti irrottautuneiden kokemuksia tarkastelevasta pro gradu -tutkielmasta, jossa havaittiin, että vasta korvaushoitolääkityksestä irtautumisen myötä psyykkinen etäännyminen huume kulttuurista mahdollistui. Onkin siis syytä todeta, että korvaushoidossa ”onnistumisen” väyliä on monia: joillakin yksilöillä kuntoutuminen ja huume kuvioista irrottautuminen konkretisoituu korvaushoitolääkkeestä irtipääsyn myötä, kun toisilla taas ”kunnossa oleminen” merkitsee elämistä siten, että korvaushoitolääkitys toimii elämisen taustalla olevana tukipilarina. Tulos saattoi poiketa Kankaanpään (2013) tuloksista sen vuoksi, että tutkielmassani hyödynnetyn aineiston haastateltavissa oli sellaisia henkilöitä, jotka olivat omasta halustaan siirtyneet korvaushoidon apteekkijakeluun ja päättäneet jatkaa lääkkeellistä hoitoa, vaikka psykososiaaliselle hoidolle suurta tarvetta ei enää koettu. Sen sijaan Kankaanpää (2013) rajasi tutkielmansa kohdejoukkonsa sellaisiin, joilla hoidosta irrottautuminen oli ollut suunnitelmallista.

## **6.2 Minkälainen on kuntoutumiseen kytkeytyvä toimijuuden ajallinen prosessi, ja mitä rajoitteita ja resursseja siihen liittyy?**

Haastateltavat orientoituivat huumeidenkäyttöön kytkeytyvään menneisyyteen samoin kuin Katajan ym. (2016) tutkimuksen riippuvuustarinaa sitoutuneet, tyypillisesti korvaushoidossa olleet haastateltavat, joiden kertomuksia sävyttivät päihteidenkäytön pakonomaisuus sekä elämän jäsentymättömyys ja sekasortoisuus. Huumeidenkäytön kuvattiin aiheuttaneen monenlaisia kielteisiä seurauksia elämän eri osa-alueille, ja riippuvuuden kuvattiin kahlinneen yksilöä ja velvoittaneen toimimaan sen ehdoin elämän muiden sisältöjen kärsiessä ja elämäntilan kaventuessa huumeiden käyttöaktiiviteettien ympärille. McIntoshin ja McKeganeyn (2000) mukaan päihdemenneisyydelle tarjotut kielteiset merkitykset ovat kuntoutuvan yksilön narratiivinen keino vahvistaa motivaatiotaan päihteettömyyden ylläpitoon. Lisäksi päihdemenneisyyden ja päihteettömän nykyisyyden välillä tehdyt eronteot tarjoavat yksilölle perusteluita elämänmuutoksen mielekkyydelle sekä erkaannuttavat yksilöä menneestä elämäntavasta ja riippuvuuden aikaisesta minästä. (McIntosh & McKeganey, 2000.)

Ajanjakson hallitsemattomuutta ja kapeaa toimijuutta ilmensivät muun muassa kuvaukset väistämättömästä luisusta kohti tilannetta, jossa oli valittava kuntoutumisen tai kuoleman väliltä. Pulmalliseen elämäntilanteeseen oli liittynyt muun muassa huumevelkoja ja taloudellista ahdinkoa, lastensuojelun puuttumista perhetilanteeseen ja tasapainottelua vanhemmuuden kanssa, läheisten ihmisten huolestuneisuutta, sairaalakäyntejä ja oman terveydentilan heikentymistä. Kuitenkin ajanjaksoa muisteltiin toisinaan myös myönteisessä valossa: arjen hektisyys oli toisinaan ollut kiehtovan jännittävää, metamfetamiinista saatua nautintoa ei voitu verrata mihinkään arkiseen mielihyvän lähteeseen ja huumausaineiden myynnistä oli seurannut taloudellisesti hyvä tilanne, jolloin esimerkiksi kalliin auton ostaminen oli ollut mahdollista.

McIntoshin ja McKeganeyn (2000) kuvailemien narratiivisten kuntoutumiskeinojen lisäksi hallinnan menetyksen ajatus saattoi kummuta myös laajemmista kulttuurisista ja yhteiskunnallisista huumeidenkäyttöön liittyvistä näkemyksistä (ks. Hellman, 2014). Kulttuuristen mallitarinoiden joukko tarjoaa suuren määrän tulkitsemisen ja merkityksellistämisen tapoja, joiden avulla yksilö voi hahmottaa omaa elämänkulkuaan ja löytää

niistä elämän muutostilanteisiin soveltuvia tulkintatapoja (Hänninen, 1999). Näin ollen valtavirtaiset riippuvuusmielikuvat voivat heijastua yksilön tapaan ymmärtää päihdemenneisyyttään (Hirschovits-Gerz, 2014).

Myös erilaiset institutionaaliset ympäristöt tarjoavat tarinankerronnan konteksteja. Andersen (2015) toteaa tarinankerronnan institutionaalisen muovaamisen alkavan hetkestä, jolloin kontakti päihdehuollon instituution kanssa alkaa. Hoitoa saadakseen potilaan tulee mieltää huumeidenkäyttönsä muutosta vaativaksi ongelmaksi ja toivoa ongelmaan myös itse ratkaisua. Vuorovaikutus päihdehoitoinstituution kanssa asettaa päihderiippuvaiselle vaateen hoitoinstituution ideologiaan sopivan muutostarinan rakentamisesta. (Andersen, 2015.)

Mikäli tutkielma olisi perustunut esimerkiksi päihdehuollon ulkopuolella olevien huumeita käyttävien henkilöiden haastatteluille, kertomukset olisivat todennäköisesti saaneet toisenlaisen muodon, eivätkä ne olisi välttämättä olleet kuvauksia hallinnan menetyksestä. Siisiäinen (2014) toteaa työtä vailla olevien nuorten elämänsäkuja havainnoivan tutkimuksensa pohjalta, että ”yksilöt voivat tehdä tietoisesti tai tiedostamattaan valintoja, joiden otaksuvat johtavan heidän resurssiensa ja heidän sisäistämiensä toimintataipumusten, todellisuuden rajojen tiedostamisen, tulkintakehysten ja elämäkokemusten valossa hyviin tai ainakin siedettäviin lopputuloksiin”. Tämän ajatuksen pohjalta huumeidenkäyttö voidaan nähdä myös tietyllä tapaa järkeenkäypänä valintana esimerkiksi kriisiytyneessä elämäntilanteessa. Toisaalta huumeidenkäyttö voi merkitä myös mielihyvän tavoittelua. Hautalan ym. (2018) mukaan mielihyvälottuvuus on usein jäänyt huumeidenkäytön haittoja ja riskejä painottavan ongelmalähtöisen keskustelun jalkoihin. Huumeidenkäyttäjien positioituminen ensisijassa turvallisuuden rikkojiksi voi kuitenkin vahvistaa huumeidenkäyttöön kytkeytyviä leimoja (Hautala ym., 2018).

Kuntoutumiskertomuksissa kuvattiin, kuinka huumeidenkäytöstä oli seurannut vähitellen yhä enemmän kielteisiä seurauksia, jotka saivat yksilöt vähitellen kyllästymään huume-kuvioihin. Yksilöt olivat käyneet läpi useita hoitoyrityksiä ja katkaisujaksoja. Huume-kuvioihin oli kuitenkin palattu niiden jälkeen, sillä oman kuntoutumistahdon ei nähty olleen tällöin tarpeeksi vahva. Ajanjakso hahmottui aineistosta kuntoutumishalun etsintävaiheena. Päihderiippuvuudesta kuntoutuminen ei tyypillisesti näyttäytykään suoraviivaisena edistymisenä, vaan siihen liittyy päihdeettömyysjaksoja ja retkahduksia, heilahteluja



sekä ylä- ja alamäkiä (Kougiali ym., 2017). Kougialin (2017) mukaan retkahdukset tulisi nähdä luontaisina osina päihderiippuvuudesta kuntoutumisen prosessia, jopa välttämättöminä askelina kohti pidempiaikaista elämänmuutosta. Aineiston haastateltavat olivatkin kokeneet aiempien hoitoyritysten antaneen eväitä myöhemmän kuntoutumishalun syttymiselle, eikä kuntoutumisyrityksiä nähty hyödyttöminä.

Vaikka huumeidenkäytöstä oli aiheutunut merkittävästi kielteisiä seurauksia ja kaoottisenakin koettu elämäntilanne oli suotuisa hoitomotivaation heräämiselle, yksilöt kokivat hoitoon hakeutumisen olleen ennen kaikkea oma, itsenäinen ratkaisu, jota ei ulkoa käsin voitu ohjata. Omaehtoisen toimijuuden merkitystä painotettiin. Opioidikorvaushoitoon hakeutumisen syyt poikkesivat haastateltavilla: joillakin hoitoon ohjasi huumausaineiden kadulta hankinnan vaikeudet ja pois pääsy vaikeaan umpikujaan ajautuneesta elämäntilanteesta, ja joillakin taas voimakas pyrkimys päihteettömyyteen.

Opioidikorvaushoito sai merkityksellisen roolin kuntoutumiskertomuksissa. Se johtui luontaisesti jo tutkimusasetelmasta sekä teemahaastattelurungosta, joka ohjasi haastattelua hoidollisten kokemusten kerrontaan, mutta korvaushoidosta kertominen vaikutti myös olevan haastateltaville luontainen tapa jäsentää kuntoutumisprosessia ja elämänmuutosta, joiden toteutumisessa korvaushoidolla nähtiin olleen merkittävä rooli.

Korvaushoidon kaksinainen rooli toisaalta valvontaa harjoittavana instituutiona ja toisaalta psykososiaalisen hoidon ja luottamuksellisten hoitosuhteiden merkityksen huomioivana kuntoutumisympäristönä (Aalto, 2015; Tourunen ym., 2012) näyttäytyi haastateltavien kertomuksissa jännitteiseltä ja ristiriitaiselta. Toisaalta kontrolli ja säännöt koettiin hyvänä erityisesti, jos oma elämänhallinta koettiin hatarana ja ulkoiset tuki- ja sääntöjärjestelyt sitä paikkaavana, mutta toisaalta ne koettiin epäoikeudenmukaisina silloin, jos niiden nähtiin rajoittavan omaa elämää liikaa tai jos ne liittyivät epäkunnioittavaan kohteluun ja koettuun epäilyksen alaisena olemiseen.

Hoidollisen kontrollin muodot, kuten pakolliset ryhmäaktiviteetit, tarkoin määritellyt lääkkeenhakuajat, päihdeklinikan käyttäytymisnormit, huumeseuonnat sekä pistosjälkien seuranta, sävyttivät yksilöiden arkea kuntoutumisen ja hoidon alkuvaiheissa. Osalla haastateltavista hoidon alku merkitsi huume kuvioiden ja kuntoutumisen välistä tasapainoilua, joka ilmeni oheiskäyttönä, retkahduksina ja positiivisina seulatuloksina. Kuten

Tourusen ym. (2009) tutkimuksessakin havaittiin, myös tässä aineistossa oheiskäytöstä todettiin seuranneen muun muassa hoitosuunnitelman, lääkityksen ja hoitomuotojen tarkistamista sekä laitoshoidojaksolle ohjaamista.

Hoidollisen tuen merkitys ja luottamuksen syntymisen tärkeys korostui kuntoutumisen alkuvaiheissa, ja hoidon alussa tapahtuneilla hoidollisilla kohtaamisilla oli erityinen merkitys hoidossa pysyvyyden ja kuntoutumisen kannalta. Romakkaniemi ja Järvikoski (2013) osoittavat, että jaetun toimijuuden muovautuminen on kuntoutumisen alkutaipaleilla merkityksellistä. Heidän mukaansa jaettu toimijuus rakentuu muun muassa kuulukseksi tulemisen, luottamuksen, hyväksytyksi tulemisen, reflektion ja dialogin, rohkaistamisen ja kannustuksen, pystyvyyden kokemusten ja toivon ylläpitämisen kautta. Jaetulla toimijuudella he viittaavat ihmisten toimintavoiman yhdistämisestä syntyvään toimintavalmiuteen. (Romakkaniemi & Järvikoski, 2013.) Korvaushoidon kontekstissa jaetun toimijuuden areenoita olivat esimerkiksi omahoitajatapaamiset, joissa yksilön oli mahdollista käydä läpi menneisyyden tapahtumia ja saada psykososiaalista tukea. Toimijuutta vahvisti luottamuksellinen ja aitoon vuorovaikutukseen kannustava ilmapiiri, jossa molemmilla osapuolilla oli mahdollisuus puhua avoimesti ja suoraan. Aitoon kommunikaatioon olivat kuuluneet myös tunteiden kuohuamiset ja konfliktit.

Toimijuutta kuitenkin saattoivat nopeasti kaventaa kuntoutumisen alkuvaiheissa syntyneet kielteiset kokemukset esimerkiksi omien mielipiteiden ja kokemusten sivuuttamisesta ja epäluottamuksesta (ks. Romakkaniemi & Järvikoski, 2013). Hoitoon hakeutumisen kynnyks on päihdeongelmista kärsivillä korkea, ja päihdehoidollisiin ensikohtaamisiin liittyy odotuksia ja epävarmuutta (Ehrling, 2009, s. 145). Myönteiset kohtaamiset ja yksilön toimijuuden vahvistumista tavoittelevat hoidolliset kommunikaation tavat hahmotuivat ensiarvoisen tärkeinä tekijöinä hoidossa pysymisen ja kuntoutumishalun ylläpidon kannalta (Meier ym., 2005).

Tutkielmani haastatteluaineistossa eräinä hoidollisina kontrollitoimenpiteinä nostettiin esiin huumeaseulonnat. Niillä kartoitettiin mahdollista hoidon aikaista huumeidenkäyttöä. Seuloja ei nähty yksioikoisen kielteisinä, vaan seulonnan saadut puhtaat tulokset saattoivat konkretisoida yksilöille oman kuntoutumisen edistymistä ja tuottaa onnistumisen tunteita. Hoidollisten normien mukaisesti toimimisesta ja oheiskäyttämättömyydestä seurasi erilaisia myönteisiä tekijöitä, kuten kotilääkeannosjärjestelyn piiriin pääsemistä,

jotka saattoivat toimia yksilön motivaatiota vahvistavina, palkitsevina tekijöinä. Tällöin huumeseulonta hahmottui pikemminkin omaa kuntoutumista ja toimijuutta tukevaksi toiminnaksi. Toisaalta seulat myös hahmottuivat Virokannaksen (2003) tutkimuksessakin havaituin tavoin hoidollisina rutiinitoimenpiteinä, joiden kyseenalaistamista ei koettu tarpeelliseksi. Osa koki hoidon alkuvaiheiden tiukan hoidollisen kontrollin etenkin jälkikäteen tarkasteltuna tarpeelliseksi, sillä elämänhallinnan ollessa hoidon alussa vielä hataralla tasolla, ulkoiset hallinnan mekanismit toimivat sitä paikkaavana.

Harris ja McElrath (2012) kuitenkin toteavat, että korvaushoidossa toteutettavat tiukat ja joustamattomat kontrollitoimenpiteet voivat toimia addiktiin identiteettiä ja korvaushoittoon liittyvää häpeäleimaa vahvistavina ja luoda vaikeuksia kuntoutumishalukkuuden ylläpidolle (Harris & McElrath, 2012) sekä eriyttää hoitohenkilökuntaa ja potilaita toisistaan (Weckroth, 2007). Grønnestadin ja Sagvaagin (2016) tutkimuksen mukaan vahva hoidollinen kontrolli vaikutti kielteisesti hoitosuhteen muovautumiseen ja korvaushoidossa olevien potilaiden uskallukseen kertoa vaikeuksistaan.

Tutkielmassani havaitsin, että kontrolli, valvonta ja säännöt loivat haasteita toimijuudelle, sillä ne vaikeuttivat luottamuksellisten hoitosuhteiden muovautumista, loivat hierarkioita työntekijöiden ja potilaiden välille ja hankaloittivat heidän keskinäistä vuorovaikutustaan. Päivittäiset, tiukasti ajoitetut lääkkeenhaut vaikeuttivat hoidon ja muun elämän, kuten vanhemmuuden, perhearjen, opiskelun tai työn, yhteensovittamista. Kontrollin alaisena oleminen merkitsi usein samaa kuin epäilyksen alaisena oleminen. Helneen (2002) mukaan sijoittuminen toimenpiteiden kohteeksi sekä yksilön asiantuntijuutta häivyttävät kohtaamistavat kiinnittävät yksilön marginaaliin ja tietämisen ulkopuolelle. Oman tutkielmani haastatteluaineistossa ilmeni, kuinka kontrollitoimenpiteet pahimmillaan sijoittivat hoidossa olevan yksilön vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolelle, jossa yksilön osallisuus tuli häivytytyksi ja jossa yksilön kokemukset ja mielipiteet jäivät hoidollisen päättävällän jalkoihin.

Institutionaaliset vallankäytön mekanismit työntekijöiden ja potilaiden erontekojen tuottajina on tunnistettu aiemmissa korvaushoitokontekstiin sijoittuvissa tutkimuksissa. Leppo ja Perälä (2017) kuvaavat etnografisessa tutkimuksessaan korvaushoitoklinikan arkea ja tuovat esiin spatiaalisia erottelun mekanismeja, joita liittyy esimerkiksi korvaushoitolääkkeen jakotapahtumaan. Työntekijöiden ja potilaiden toisistaan eriytetyt tilat,

”lääkeluukku”, joka on rakennettu paksusta lasista ja metallikaltereista sekä kameravalvontaa, ilmentävät fyysisiä erottelun tapoja, jotka luovat jo lähtökohdiltaan hankalan tilanteen luottamuksellisten hoitosuhteiden muovautumiselle (Leppo & Perälä, 2017). Eron teot murentavat työntekijöiden ja potilaiden keskinäistä ymmärrystä ja eriyttävät heidän todellisuuksiaan. Weckrothin (2007) mukaan tällöin syntyy toimintaa, jossa työntekijät pyrkivät tavoittelemaan ymmärrystä asiakkaiden toisenlaisesta, huumeisiin kytkeytyvästä maailmasta, kun samalla asiakkaiden tulee hoitoon kiinnittyäkseen opetella kuvaamaan vaikeuksiaan ja ongelmiaan hoitoinstituution kelpuuttamalla kielellä.

Korvaushoidossa harjoitettua tiukkaa kontrollia ja valvontaa on perusteltu muun muassa päihdehoidon asiakaskunnan haastavuudella (Leppo & Perälä, 2017) sekä sillä, että korvaushoitolääkkeiden suosio päihdekäytössä ja katukaupassa tuottaa riskin lääkkeiden eteenpäin myymisestä ja katukauppaan valumisesta (Aalto, 2015; Levola ym., 2012). Luottamusta saadakse potilaan onkin osoitettava hoitoa toteuttavalle taholle ensin olevansa luottamuksen arvoinen. Luottamuksen taustalla piilee siis Mattila-Aallon (2009, s.97) kuvaama valtamekanismi: kuntoutujan rooli muodostuu auttajatahoon nähden alisteiseksi, sillä hoidollisia joustoja ja luottamuksen osoituksia saadakse yksilön on mukauduttava päihdeklinikan sääntöihin ja toimintoihin.

Kokemus omasta alisteisesta positioista ei kuitenkaan merkinnyt kritiikitöntä asemaan sopeutumista tai mukautumista. Tutkielmani aineistossa haastateltavat toivat esiin lukuisia hoidollisia kehittämis ehdotuksia ja kritisoivat epäoikeudenmukaisina koettuja käytänteitä ja rakenteita voimakkaasti sekä pyrkivät vahvistamaan vaikuttamismahdollisuuksiaan tuomalla omaa asiantuntemustaan esiin aktiivisesti. Osallistuminen kokemusasiantuntija- ja vertaiskoulutuksiin ilmensi yksilöiden vahvaa tahtoa olla vaikuttamassa asioihin. Keskeistä näyttikin olevan toimijuuden rakentajana tunnistettu refleksiivisyys, eli ympärillä vallitsevaa todellisuutta havainnoiva ja ymmärrettäväksi tekevä ”sisäinen dialogi”, jonka myötä syntyi halu vaikuttaa rakenteisiin ja kehittää niitä (Archer, 2003; Kuusela, 2006). Myös Lavee (2017) havaitsee vähävaraisten naisten ja sosiaalipalvelujen kohtaamisia tarkastelevassa tutkimuksessaan, että vaikka naiset kokivat heihin kohdistuvia vaientamisen ja osallisuuden heikentämisen mekanismeja, he pyrkivät neuvottelemaan positioistaan ja kamppailemaan alisteisuutta vastaan.

Kielteisiä hoitokokemuksia voivat kuitenkin kompensoida potilaan edun mukaiset institutionaalisista sääntöjärjestelmistä poikkeamiset. Muun muassa Virokannas (2017) havaitsee huumeita käyttävien naisten haastatteluihin perustuvassa tutkimuksessaan, että hoitotyöntekijöiden toteuttamat omaehtoiset poikkeukset organisaation vallitsevista käytännöistä koettiin osoituksena luottamuksellisesta ja ymmärrykseen perustuvasta suhteesta. Samankaltainen tulos havaittiin tutkielmassani, jossa esimerkiksi sanktiotta jättäminen kannabiksen oheiskäytöstä, erityisjärjestelyt ja yksilön elämäntilanteeseen sopeutetut lääkkeenhakuajat vahvistivat koettuja vaikuttamisen mahdollisuuksia ja tätä myöten myös kuntoutumishalukkuutta.

Kontrollitoimenpiteiden keskeistä roolia korvaushoidossa tulee pohtia laajemmin järjestelmän tasolla. Huumeita koskevat sosiaaliset ja kulttuuriset mielikuvat vaikuttavat siihen, minkälaiset ongelman kitkemisen tavat nähdään toimivina ja oikeutettuina (Hirschovits-Gerz, 2017). Myös Suomessa toteutetulla kahden raiteen huume politiikalla, jossa yhdistyvät haittojen vähentämisen ajatus ja toisaalta kontrollipoliittiset väliintulot, on vaikutus hoidollisen arjen käytänteisiin (Tammi, 2007). On ilmeistä, että myös hoitohenkilökunta voi kokea oman roolinsa kontrollitoimenpiteiden toteuttajana ristiriitaiseksi samanaikaisesti, kun halu yksilöiden tukemiseen ja voimaannuttamiseen toimii auttamistyön perustana (Tourunen ym., 2012; Virokannas, 2017). Jatkotutkimuksessa olisi tarpeen tarkastella korvaushoidon dialektista luonnetta myös hoitohenkilökunnan näkökulmasta, ja pohtia, mitkä seikat rajoittavat heidän toimijuuttaan suhteessa kuntoutujiin.

Kuntoutumista tukivat hoidollisten sidosten höllentyminen ja hoidon kevennetty toteuttaminen esimerkiksi terveyskeskuksessa tai korvaushoitolääkkeen apteekkijakelun piirissä. Hoidollisen tuen merkitys niin psykososiaalisen kuin lääkkeellisenkin hoidon osalta kaventui kuntoutumisen myötä. Hoidollisten sidosten löyhentymisen myötä muiden elämän sisältöjen yhteensovittaminen hoitoon oli mutkattomampaa. Mattila-Aallon (2009, s. 125) mukaan päihderiippuvuudesta kuntoutumista tukee prosessi, jossa yksilö etsii elämäntapaansa tukevat rakennusaineet muualta kuin normatiivisia odotuksia ja sääntöjä sisältävästä institutionaalisen avun ympäristöstä. Erkaantuminen päihdehuollon ajattelusta ja toimintamalleista ei hänen mukaansa tarkoita elämänhallinnan menetystä, vaan edistyneen kuntoutumisprosessin luontaista siirtymää (Mattila-Aalto, 2009, s. 125).

Muutokset hoidon toteuttamisen konteksteissa etäännyttivät yksilöitä kuntoutusinstituutiosta ja huumeekulttuurista sekä helpottivat yksilön identifioitumista ”normaaliksi kansalaiseksi”. Haastateltavat pyrkivät erottautumaan huumeriippuvaisen ja päihdekuntoutujan kategorioista nostaen esille omaa ainutlaatuisuuttaan ja yksilöllisyyttään. Samoin kuin Kulmalan (2006) tutkimuksessa myös tässä aineistossa haastateltavat tuottivat leimattuun kategoriaan kohdistuvaa vastapuhetta. Haastateltavat kuvasivat, kuinka he kokivat raskeana päihdekllinikalla käymisen, sillä siellä joutui kuulemaan ”rasittavaa alamaailmapuhetta” sekä kohtaamaan huume kuvioihin kiinnittyneitä ihmisiä, joista he itse kokivat vahvasti etääntyneensä. Tulokset olivat vastaavia kuin Mattila-Aallon (2009) tutkimuksessa, jossa kuntoutumisen myötä yksilöt vähitellen vetäytyivät päihdehoidollisista sidoksista ja tekivät pesäeroa niihin päihdeongelmaisiin, jotka olivat yhä vahvan kiinnittyneitä hoidollisiin auttamissuhteisiin.

Kuntoutuminen ja sen myötä vahvistunut toimijuus heijastuivat elämän kokonaistilanteeseen. Kuntoutumisen myötä yksilöt kiinnittyivät sosiaalisiin ympäristöihin, jotka tukivat uusien toimintavalmiuksien syntymistä (Mattila-Aalto, 2009). Näitä olivat esimerkiksi työ, opiskelu, vanhemmuus, ystävyssuhteet, parisuhde, vertaisuus ja kokemusasiantuntijuus. Keskeisenä nähtiin itselle tärkeiden ja merkityksellisten asioiden tekeminen. Kuntoutumisen myötä tapahtuneessa elämänmuutoksessa ei välttämättä ollut kyse ulkoisesti havainnoiden erityisen suurista ja mullistavista tapahtumista, vaan ennemminkin kiinnittymisestä sellaisiin elämän ympäristöihin ja sisältöihin, joihin kiinnittymistä ei huumeidenkäytön aikana oltu nähty mahdolliseksi (ks. Falk ym., 2013, s. 36).

### **6.3 Toimijuuden näkökulma**

Tutkielman teoreettisena lähestymistapana hyödynnettiin toimijuuden näkökulmaa. Tässä alaluvussa tutkielman tuloksia tarkastellaan erityisesti Archerin (2000; 2003) ja Jyrkämän (2007) toimijuuskäsitysten valossa.

Toimijuus käsitteenä ei ole yksiselitteinen, ja se on saanut sosiaalitieteissä osakseen runsaasti vaihtelevia määrittelyjä. Archerin (2000; 2003) toimijuusteoria nojaa sosiaalis-realistiseen käsitykseen yksilön ja rakenteiden välisestä suhteesta. Sen mukaan yksilöt eivät

toimi sosiaalisten syiden pohjalta passiivisesti, mutta yksilöiden toimintaa ei voi myöskään selittää vain yksilöllisen valinnan ja vapauden kautta. Archerin mukaan objektiiviset olosuhteet luovat kyllä ehtoja toimijuudelle, mutteivät täysin määrittele sitä. Yksilöillä on kyky vaikuttaa olosuhteisiinsa. Tärkeä osa toimijuuden muovautumista on Archerin mukaan yksilön harjoittama refleksiivisyys ja sisäinen dialogi, siis ympäröivän todellisuuden havainnointi, tarkastelu ja arviointi (Archer, 2000; 2003).

Myös Jyrkämä (2007) käsittää toimijuuden muodostuvan yksilön ja yhteiskunnan välisessä suhteessa. Jyrkämän teorian mukaan toimijuus rakentuu kuuden modaliteetin, täytymisen, osaamisen, kykenemisen, tuntemisen, haluamisen ja voimisen kautta. Romakkaniemen (2010) mukaan modaliteettien osittaisesta päällekkäisyydestä huolimatta ne soveltuvat arkitodellisuuden teoreettiseen tarkasteluun ja tarjoavat erilaisia tulokulmia toimijuuden jäsentämiseen.

Tutkielman aineisto sisälsi runsaasti kuvauksia siitä, kuinka yksilöiden toimijuus oli jäänyt hoitojärjestelmän normien, sääntöjen, määritysten ja kontrollitoimenpiteiden alle. Jyrkämän (2007) luonnehtima *täytyminen* korostui näissä kuvauksissa. Täytyminen merkitsi ulkoa päin määritellyksi joutumista sekä sijoittumista toimenpiteiden kohteeksi. Täytymisen modaliteetti ei liittynyt ainoastaan hoitojärjestelmää koskeviin kuvauksiin, vaan myös laajemmin yhteiskunnalliseen kontekstiin, jossa esimerkiksi huumeriippuvuuteen kohdistuvat asenteet ja ennakkoluulot muovasivat yksilön yhteiskunnallista asemaa ja paikkaa. Yksilöt kuitenkin reflektoivat ympäröivää todellisuutta ja harjoittivat Archerin (2000; 2003) luonnehtimaa sisäistä dialogia ja reflektiota. Todellisuuden reflektointi kävi ilmi haastateltavien kuvauksissa siitä, kuinka he halusivat vaikuttaa korvaushoitoa koskeviin julkisessa keskustelussa esiintyviin väärinymmärryksiin ja olla tätä kautta vaikuttamassa yhteiskunnalliseen asenneilmapiiriin. Haastateltavat toivat esiin myös voimakkaan halunsa olla vaikuttamassa hoitojärjestelmän kehittämiseen.

*Osaaminen*, jolla Jyrkämä (2007) viittaa tietoihin ja taitoihin, näyttäytyi pääosin kuntoutumisen resurssina. Kuntoutumisen myötä useilla haastateltavilla muodostui vahva halu tarjota apuaan muille päihdekuntoutujille omaa kokemustaustaansa ja asiantuntijuuttaan hyödyntämällä. Yksilöille tarjoutuneet mahdollisuudet hoitojärjestelmän kehittämiseen ja vertaisena toimimiseen vahvistivat yksilöiden asiantuntijuuden kokemuksia. Tiedot ja tai-

dot nähtiin toisaalta merkityksellisinä myös hoitohenkilökunnan kohdalla. Aineisto sisälsi kuvauksia osaavasta henkilökunnasta, jolla oli tietoja ja taitoja kohdata korvaushoidossa oleva potilas oikealla, kuntoutumishalua vahvistavalla ja ylläpitävällä tavalla, mutta toisaalta kuvattiin myös epäonnistuneita kohtaamisia, hoitohenkilökunnan ja potilaiden välistä hierarkiaa sekä heidän keskinäisen ymmärryksen muodostumisen vaikeutta.

*Kykeneminen* (Jyrkämä, 2007) merkitsi uskoa omaan kykyihinsä. Usko omaan kykyihinsä parantui muun muassa kuntoutumisen myötä vahvistuneen arjen- ja elämänhallinnan kautta. Kuitenkin haastateltavat saattoivat ajoittain kokea päihdemenneisyyteen kytkeytyviä stigman kokemuksia, jolloin voimakkaita kyvyttömyyden ja häpeän tunteita saattoi nousta esiin. Näin myös *tunteminen* (Jyrkämä, 2007) hahmottui merkityksellisenä osana toimijuutta: negatiiviset käsitykset itsestä paikoin rajoittivat kokemuksia omista toiminnan mahdollisuuksista. Toimijuutta vahvistavia tunteita olivat muun muassa tulevaisuuteen liittyvä toivo, nykyiseen elämäntilanteeseen liittyneet tyytyväisyyden kokemukset, hoitohenkilökunnan aikaansaamat myönteiset, omaa kuntoutusmotivaatiota voimistavat tunteet, sekä päihdeettömyyttä ja tukea tarjoavan parisuhteen sekä läheisten perhesuhteiden ja vanhemmuuden tuottamat positiiviset tunteet.

Kuntoutumisen myötä laajentuneet valinnan- ja toiminnanmahdollisuudet toivat yksilöille lisää *haluamisen* (Jyrkämä, 2007) mahdollisuuksia. Vahvistuneen toimijuuden myötä yksilöt uskoivat mahdollisuuksiinsa löytää esimerkiksi mielekäs työ tai opiskelupaikka. Haluaminen liittyi haastateltavien puheessa erityisesti tavoiteltavissa oleviin päämääriin ja tavoitteisiin. Tosin haastateltavat nostivat esiin myös sen, etteivät he halunneet tehdä liian tarkkoja tulevaisuuden suunnitelmia, sillä he olivat tyytyväisiä jo nykyiseen elämäntilanteeseen.

*Voimisen* ulottuvuus (Jyrkämä, 2007) näyttäytyi aineistossa erityisesti kuvauksissa koston yhteiskunnan rakenteita ja niiden tarjoamia mahdollisuuksia tai toisaalta rakenteiden tuottamia rajoituksia. Rajoitteita tuottivat esimerkiksi sellaiset sosiaaliset kohtaamiset, joissa yksilöt kokivat tulleen kohdatuksi marginaalin edustajina. Yksilöt kokivat tärkeäksi sen, että heille tarjoutui toiminnan ja osallisuuden mahdollisuuksia.



#### 6.4 Tutkielman prosessi pohdinnan ja reflektion kohteena

Tutkielman prosessin pohdinta ja refleksiivisyys merkitsevät tutkimuksenteon läpinäkyvyyttä (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 163-164) sekä sen arviointia, kuinka erilaiset persoonalliset, metodologiset ja kontekstuaaliset tekijät vaikuttavat tutkimusprosessissa sen eri vaiheissa (Palaganas ym., 2017). Käytännön tasolla refleksiivisyys tarkoittaa tutkimuksen kriittistä arviointia, tutkijan roolin tarkastelua sekä tutkimuksessa käytettyjen käsitteiden ja asetelmien vaikutuksen pohdintaa sekä oman toiminnan olettamusten kyseenalaistamista (Högbacka & Aaltonen, 2015). Refleksiivisyyden vaade laadullisessa tutkimuksessa kiinnittyy ajatukseen aineistolähtöisen tutkimusotteen mahdottomuudesta, ja sen tunnistamisesta, että tutkijan ennako-odotuksilla ja -intresseillä on aina vaikutus tutkimuksen toteutukseen (Ruusuvuori ym., 2010).

Arvioin pro gradu -tutkiemani prosessia pohtimalla Högbackan ja Aaltosen (2015) esittämää refleksiivisyyden kolmea ulottuvuutta: 1) refleksiivisyyttä suhteessa tutkijan asemaan ja tutkimuksen vuorovaikutuksellisuuteen, 2) refleksiivisyyttä suhteessa menetelmiin ja teorioihin sekä 3) refleksiivisyyttä suhteessa yhteiskuntaan ja tieteen kenttään.

Tutkimussuhde on lähtökohdiltaan epätasa-arvoinen, sillä tutkijalla on esimerkiksi aineistonkeruuvaiheessa valta haastattelutilanteen ohjaamiseen ja kysymysten esittämiseen, ja lopulta aineistonkäsittelyvaiheessa aineiston tulkintaan ja raportointiin (Högbacka & Aaltonen, 2015). Niinpä tutkijan ja tutkittavan välisen vuorovaikutuksen ja sen taustalla vaikuttavien positioiden ja valtarakenteiden tarkastelu on olennaista. Tämän tutkielman pohjana oleva aineisto kerättiin osana A-klinikkasäätön tutkimushanketta. Oli mahdollista, että tutkijan rooli haastateltaville näyttäytyi hoitojärjestelmän edustajana, millä saattoi olla vaikutus haastateltavien kerronnan tapoihin. Haastatteluiden kulkua ohjasi etukäteen muotoiltu teemahaastattelurunko, joka sekin osaltaan kuljetti haastattelutilannetta tutkijoiden toivomaan suuntaan. Haastatteluasetelma lähtökohdiltaan ohjasi nimenomaan hoitdollisten kuntoutumiskokemusten kerrontaan, jolloin muiden kuntoutumista edistävien tekijöiden esiintuominen saattoi jäädä vähäisemmäksi kuin silloin, jos haastattelu olisi toteutettu avoimena, strukturoimattomana haastatteluna.

Kuitenkin haastateltaville pyrittiin antamaan tilaa ja haastattelut usein muovautuivatkin haastateltavien näköisiksi siten, että niissä painottuivat haastateltavien merkityksellisiksi kokemat aihealueet. Haastateltavien toimijuus aineistonkeruussa tulee tunnistaa: myös he voivat kerronnallaan ohjata haastattelun kulkua esimerkiksi vaikenemalla joistakin asioista ja tuottamalla runsasta kerrontaa taas toisista asioista (Högbacka & Aaltonen, 2015).

Aineistonkeruuvaiheessa tulin paljon pohtineeksi omaa haastattelijan rooliani. En ollut aiemmin toteuttanut haastatteluja, ja tutkimusaiheen sensitiivisyys toi oman problematiikkansa haastateltavien kohtaamiselle. Pohdin, miten haastateltavat suhtautuisivat nuoreen ikääni ja mahdolliseen ulospäin näkyvään kokemattomuuteeni, tai kokisivatko he ylipäänsä, että minulle oli luontevaa kertoa arkaluonteisista asioista. Mielestäni haastattelutilanteissa syntyi kuitenkin avoin ja luottamuksellinen keskusteluilmapiiri. Hiljaisia hetkiä ei päässyt muodostumaan, vaan haastateltavat kertoivat paikoin todella avoimestikin omista kokemuksistaan. Myös rankoista ja traumaattisista elämäntapahtumista, kuten läheisen ihmisen traagisesta kuolemasta, vaikeista terveydellisistä tilanteista, kuten yliannostuksista ja sairaalaan joutumisesta, sekä vanhemmuuden vaikeuksista ja lasten huostaanotoista kerrottiin. Ajoittain koin itse vahvaa surua ja auttamisen halua. Nousiainen (2015) nostaa esille, kuinka kuormittuneisuuden tuntemukset voivat koskea yhtä lailla tutkijaa kuin vaikeista kokemuksista kertovaa haastateltavaakin. Tunteiden herääminen on kuitenkin olennainen osa tutkimuksen prosessia ja ne auttavat tutkijaa ymmärtämään paremmin haastateltavien elämänkulkua ja -kokemuksia (Nousiainen, 2015).

Tutkielmani analyysimenetelmänä hyödynsin sisällönanalyysia, sillä olin kiinnostunut tarkastelemaan aineistoa puhetapojen sijaan sisällön tasolla. En tarkastellut kutakin haastattelua yksittäisenä analyysikokonaisuutena, vaan tarkastelin aineistoa kokonaisuutena. Koin, että sisällönanalyysi häivytti suotuisalla tavalla haastateltavien tunnistettavuutta: mikäli olisin tarkastellut haastatteluja yksittäisinä analyysikokonaisuuksina, yksilöiden tunnistaminen olisi ollut helpompaa.

Analyysimenetelmänä sisällönanalyysi on saanut osakseen voimakasta kritiikkiä, ja muun muassa Salo (2015) toteaa menetelmään liittyvien koodaamisen staattisten periaatteiden johtavan pahimmassa tapauksessa tutkijan etääntymiseen ainutlaatuisesta ja yksityiskohtia sisältävästä aineistosta. Tällöin tutkittava ilmiö voi jähmettyä ja hävittää liikkeensä, jolloin aineiston monipiirteisyys katoaa jäykkien kategorioiden taakse (Salon,

2015). Salo (2015) myös kuvaa, kuinka ”*menetelmälliset valinnat eivät ole teknisiä, vaan analyysi on oivaltamista ja yllätyksiä, pistoksia ja teräviä paikkoja täynnä*”. Pyrinkin tutkielmassani nostamaan esiin aineiston sisältämää monimerkityksisyyttä ja jännitteisyyttä sekä huomioimaan kuntoutumiskertomuksille luonteenomaisen temporaalisuuden. Esi-merkiksi samat hoidolliset käytänteet saattoivat jäsentyä toisaalta toimijuutta vahvistavina mutta toisaalta toimijuutta heikentävinä tekijöinä, ja toisaalta samat asiat saivat eri ajallisissa vaiheissa eri merkityksiä.

Toimijuuden lähestymistavan avulla haastateltavien tuottamia kuntoutumiskertomuksia oli mahdollista tarkastella näkökulmasta, joka huomioi yksilölliset tekijät mutta myös rakenteelliset tekijät. Toimijuuden näkökulma ohjasi kuntoutujien elämäntilanteen kokonaisuuden huomiointiin. Analyysissani kiinnitin huomiota laajasti erilaisiin elämäntilanteeseen kytkeytyviin tekijöihin, kuten hoitoon, parisuhteeseen, vanhemmuuteen, sosiaalisiin suhteisiin, arkiseen elämänmenoon ja taloudellisiin tekijöihin, sillä näin niiden kaikkien vaikuttavan lopulta yksilön koettuihin toimintavalmiuksiin ja toiminnanmahdollisuuksiin. Näkökulman puutteeksi voi kuitenkin hahmottaa sen, että yksittäisiin kuntoutumista edistäviin osatekijöihin ei sen puitteissa pureuduttu syvemmälle.

Toimijuuden lähestymistapa toimi aineiston tulkinnallisena apuvälineenä mutta myös tapana ymmärtää kuntoutuvat yksilöt kyvykkäinä toimijoina, joiden rooli kuntoutumiskonteksteissa ja yhteiskunnassa ei muovaudu vain rakenteista käsin, vaan myös heillä itsellään on ja tulee olla mahdollisuus vaikuttaa olosuhteisiin.

## **6.5 Lopuksi**

Tutkielma tuotti tietoa kuntoutumisessaan pitkälle edenneiden opioidikorvaushoidossa olevien yksilöiden kuntoutumiskokemuksista. Tutkielman tulosten valossa yksilön kokemus omasta toimijuudestaan hahmottui tärkeäksi läpi kuntoutumisen prosessin ja siihen liittyvien ajallisten vaiheiden. Hoitoon hakeutumisen ja kuntoutumisen alkuvaiheissa myönteiset hoidolliset ensikohtaamiset olivat tärkeitä, sillä kuntoutumishalu oli tässä vaiheessa altis heilahteluille. Kuitenkin tähän ajanjaksoon liittyi kokemuksia mitätöidyksi tulemisesta. Tällaiset kokemukset loivat haasteita kuntoutumismotivaation ylläpidolle ja

heikensivät kokemuksia omasta toimijuudesta. Jatkotutkimuksen kannalta olisi mielenkiintoista tarkastella korvaushoidon keskeyttäneiden yksilöiden näkökulmasta sitä, minäläiset tekijät ovat johtaneet hoidon keskeytymiseen ja liittyvätkö keskeyttämisen syyt juurikin kokemukseen siitä, että yksilön toimijuus ei ole tullut huomioiduksi riittäväällä tavalla.

Hoitoon kiinnittymisen vaiheessa, jolloin hoito vahvasti rytmitti yksilön elämää ja arkea, toimijuutta vahvistaviksi tekijöiksi nousivat erityisesti luottamus sekä sen myötä laajentuvat toiminnan- ja vaikuttamisen mahdollisuudet hoitoympäristössä. Toisaalta toimijuutta rajoittivat ja kuntoutumista hankaloittivat epäoikeudenmukaisina koetut hoidolliset kontrollitoimenpiteet, jotka asettivat yksilön toiminnan kohteeksi, kategoriset kohtaamiset, joiden myötä yksilö koki tulleen kohdelluksi epäluotettavana, sekä joustamattomat hoitokäytänteet, joiden edessä yksilö koki vaikuttamisen mahdollisuutensa riittämättömiksi.

Kuntoutumisessaan pitkälle edistyneiden henkilöiden näkökulmasta tarkasteltuna tärkeää on, että hoitojärjestelmä sopeutuu kuntoutumisen edetessä tapahtuviin elämäntilanteen muutoksiin. Muutoksia voivat olla esimerkiksi työn tai opiskelupaikan saanti. Hoidon ja muun elämisen yhteensovittaminen helpottuu, mikäli hoidossa voidaan toteuttaa erilaisia joustoja ja hoidon kevennyksiä, kuten korvaushoitolääkkeen kotilääkejärjestelyä tai apteekkijakelua. Toisaalta Laine ja Annila (2015) toteavat, että esimerkiksi kotilääkeoikeuden saanti voi toimia houkuttimena myös toisin päin niin, että se motivoi aktiiviseen työnhakuun.

Tämä tutkielma oli ensimmäinen, joka tarkasteli vuoden 2008 korvaushoitoasetuksen (33/2008) myötä mahdollistuneen apteekkijakelun merkityksiä kuntoutujien näkökulmasta. Tutkielman tulosten valossa apteekkijakeluun siirtyminen nähtiin hyödyllisenä päihdeettömyyden ylläpidon kannalta. Sen myös nähtiin tukevan identiteetin muuttumista ja laajentumista ”huumeriippuvaisesta” ja ”kuntoutujasta” toimijaksi. Viimeisimpien tietojen mukaan (Partanen ym., 2017) apteekkijakelun piirissä on kuitenkin hyvin pieni osa korvaushoitopotilaista. Potilaiden näkökulmasta kynnyksiä hoidolliselle siirtymälle tuottaa muun muassa se, että työssä käyvä potilas joutuu apteekista hakiessaan maksamaan lääkkeitä itse, kun taas päihdeklinalta haettaessa lääke on ilmainen. Järjestelmän tasolla

tuleekin pohtia sitä, miten hoidon toteuttamisympäristöjen muutos toteutus sujuu kuntoutujan kannalta sulavasti ilman tarpeettomia esteitä tai kynnyksiä. Toisaalta tulee myös huomioida, että kaikille korvaushoidossa oleville apteekkijakeluun siirtyminen ei ole mahdollista tai edes toivottua. Siihen saattaa liittyä esimerkiksi huolta siitä, että hoito kapenee vain lääkkeenjakeen siten, että psykososiaalisen tuen saamisen mahdollisuudet pienenevät. Hoidon suunnittelussa tulisikin kuulla yhä vahvemmin potilasta ja hänen mielipiteitään sekä antaa tilaa potilaan asiantuntijuudelle.

Tutkielman kohdejoukkona olivat opioidikorvaushoidossa pitkälle kuntoutuneet. Kuntoutuminen hahmottui subjektiivisena kokemuksena toimijuuden vahvistumisesta ja usealle elämän osa-alueelle ulottuvana kokemuksena myönteisestä muutoksesta suhteessa huumeidenkäytön ja korvaushoitoon hakeutumisen aikoihin. Tutkielman haastateltavilla ei ollut lähivuosien tavoitetta irrottautua korvaushoitolääkityksestä. Lääkkeestä irrottautumista tärkeämpää oli nykyisen tyydyttävänä koetun elämäntilanteen ylläpitäminen ja omasta hyvinvoinnista huolehtiminen. Pitkälle kuntoutuminen ei merkinnyt jonkinlaista täyttymyksen tilaa tai elämäntilannetta, jossa kaikki huolet ja murheet olisivat olleet selätettyjä. Vaikka kuntoutumiskertomuksissa kuntoutuminen näyttäytyi paikoin loogisesti etenevänä kulkuna kohti yhteiskunnan odottamia ja hyväksymiä kuntoutuspäämääriä eheän narratiivin muodossa, elämään kuvattiin silti kytkeytyvän säröjä ja rikkonaisuutta. Pitkälle kuntoutuminen merkitsikin ennen kaikkea tavallisena koetun arjen elämistä, ei liikaa suunnittelua tai tavoitteiden asettamista, vaan päivä kerrallaan elämistä ja omaan hyvinvointiin keskittymistä. Arkisen pienet sisällöt, muun muassa puutarhan hoito, hahmottuivat nykyistä elämää sävyttäväiksi tekijöiksi.

*”Oon hoitanu puutarhaa, ku siel meidän taloyhtiöllä, niin sinne tuli semmoset isot melkein tän pöydän levyset semmoset taimilaatikot, ja sinne sai sitten ostaa tai talon rahalla. Sitten mä laitoin sinne omiakin siemeniä. Semmosta.”*

## LÄHTEET

- Aalto, M. (2015). Opioidikorvaushoidon toteuttaminen on tasapainoilua. *Sic!, 1*, 14-15.
- Aalto, M., Visapää, J.P., Halme, J.T., Fabritius, C. & Salaspuro, M. (2011). Effectiveness of buprenorphine maintenance treatment as compared to a syringe exchange program among buprenorphine misusing opioid-dependent patients. *Nordic Journal of Psychiatry, 65*, 238-243.
- Andersen, D. (2015). Stories of change in drug treatment: a narrative analysis of 'whats' and 'hows' in institutional storytelling. *Sociology of Health & Illness, 5*, 668-682.
- Archer, M.S. (2000). *Being Human: the Problem of Agency*. Cambridge University Press.
- Archer, M.S. (2003). *Structure, Agency and the Internal Conversation*. Cambridge University Press.
- Asmussen, V. (2006). *On Whose Terms? User Participation in Danish Methadone Maintenance Treatment*. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Autti-Rämö, I. & Salminen, A. (2016). Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Teoksessa I. Autti-Rämö, A. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen (toim.), *Kuntoutuminen* (s. 14-15). Helsinki: Duodecim.
- Best, D., Beswick, T., Hodgkins, S. & Idle, M. (2016). Recovery, Ambitions, and Aspirations: An Exploratory Project to Build a Recovery Community by Generating a Skilled Recovery Workforce. *Alcoholism Treatment Quarterly, 34*, 3-14.
- Best, D., Ghufuran, S., Day, E., Ray, R. & Loring, J. (2008). Breaking the habit: a retrospective analysis of desistance factors among formerly problematic heroin users. *Drug and Alcohol Review, 27*, 619-624.
- Conner, K.O. & Rosen, D. (2008). "You're Nothing But a Junkie": Multiple Experiences of Stigma in an Aging Methadone Maintenance Population. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 8*, 244-264.
- Deering, D.E.A., Sheridan, J., Sellman, J.D., Adamson, S.J., Pooley, S., Robertson, R. & Henderson, C. (2011). Consumer and treatment provider perspectives on reducing barriers to opioid substitution treatment and improving treatment attractiveness. *Addictive Behaviors, 36*, 636-642.
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2008). Exploratory Study on Drug Users' Perspectives on Quality of Life: More than Health-Related Quality of Life? *Social Indicators Research, 90*, 107-126.
- Denzin, N. K. (2001). The reflexive interview and a performative social science. *Qualitative Research, 1*, 23-46.

- DePue, M. K., Finch, A. J. & Nation, M. (2014). The Bottoming-Out Experience and the Turning Point: A Phenomenology of the Cognitive Shift From Drinker to Non-drinker. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 35, 38-57.
- Dingle, G. A., Stark, C., Cruwys, T. & Best, D. (2015). Breaking good: Breaking ties with social groups may be good for recovery from substance misuse. *British Journal of Social Psychology*, 54, 236-254.
- Ehrling, L. (2009). Yhteisen ymmärryksen rakentuminen päihdehuollon ensitapaamisessa. Teoksessa T. Tammi, M. Aalto & A. Koski-Jännes (toim.), *Irti päihdeongelmista: tutkimuksia hoidon ja ehkäisyntoimien menetelmistä* (s. 145-170). Helsinki: Edita.
- Eijk, Y. van der & Uusitalo, S. (2016). Towards a 'Sociorelational' Approach to Conceptualizing and Managing Addiction. *Public Health Ethics*, 9, 198-207.
- Emirbayer, M. & Mische, A. (1998). What Is Agency? *American Journal of Sociology*, 103, 962-1023.
- Eteläpelto, A., Heiskanen, T. & Collin, K. (2011). Vallan ja toimijuuden monisäikeisyys. Teoksessa A. Eteläpelto, T. Heiskanen & K. Collin (toim.), *Valta ja toimijuus aikuiskasvatuksessa* (s.11-34). Vantaa: Hansaprint.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017), Health and social responses to drug problems: a European guide, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Falk, H., Kurki, M., Rissanen, P., Kankaanpää, S. & Sinkkonen, N. (2013). *Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi*. Terveystieteiden tutkimuskeskus, työpaperi 39, 1-42.
- Finch, J. W., Kamien, J. B. & Amass, L. (2007). Two-year Experience with Buprenorphine-naloxone (Suboxone) for Maintenance Treatment for Opioid Dependence Within a Private Practice Setting. *Journal of Addiction Medicine*, 1, 104-110.
- Fischer, J., Neale, J., Bloor, M. & Jenkins, N. (2008). Conflict and user involvement in drug misuse treatment decision-making: a qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 3, 1-112.
- Gordon, T. (2005). Toimijuuden käsitteen dilemmoja. Teoksessa A. Meurman-Solin & I. Pyysiäinen (toim.), *Ihmistieteet tänään* (s. 114-130). Helsinki: Gaudeamus.
- Granerud, A. & Toft, H. (2015). Opioid dependency rehabilitation with the opioid maintenance treatment programme – a qualitative study from the clients' perspective. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 35, 1-9.
- Grønnestad, T.E. & Sagvaag, H. (2016). Stuck in limbo: illicit drug users' experiences with opioid maintenance treatment and the relation to recovery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2631, 1-11.

- Gutwinski, S., Bald, L.K., Gallinat, J., Heinz, A. & Birmaher, B. (2014). Why do Patients Stay in Opioid Maintenance Treatment? *Substance Use and Misuse*, 49, 694-699.
- Hakkarainen, P., Metso, L. & Salasuo, M. (2011). Hamppuikäpolvi, sekakäyttö ja doping. Vuoden 2010 huumeekyselyn tuloksia. *Yhteiskuntapolitiikka*, 76, 397-412.
- Hakkarainen, P. & Tigerstedt, C. (2005). Korvaushoidon läpimurto Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 70, 143-154.
- Hakkarainen, P. & Törrönen, J. (2002). Huumeet ja hyvinvointivalttiollisen kehityksen muutos lehtien pääkirjoituksissa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 67, 539-551.
- Harris, J. & McElrath, K. (2012). Methadone as Social Control: Institutionalized Stigma and the Prospect of Recovery. *Qualitative Health Research*, 22, 810-824.
- Hautala, S., Hakkarainen, P., Kataja, K., Kailanto, S. & Tigerstedt, C. (2018). Huumeiden käytön vaiettu mielihyvä. Teoksessa J. Valkonen (toim.), *Häiritsevä yhteiskuntatutkimus* (s. 77-98). Rovaniemi: Lapland University Press.
- Hellman, M. (2014). Hassu tapa vai vaikea kohtalo? Riippuvuus ja kompetenssi suomalaisessa mediassa. Teoksessa T. Tammi & P. Raento (toim.), *Addiktioyhteiskunta – riippuvuus aikamme ilmiönä* (s. 73-89). Helsinki: Gaudeamus.
- Helne, T. (2002). *Syrjäytymisen yhteiskunta*. Stakes, tutkimuksia 123.
- Hirschovits-Gerz, T. (2014). *Suomalaisten riippuvuuksia koskevat mielikuvat*. Acta Universitatis Tamperensis, 1963.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2015). *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.
- Hitlin, S. & Johnson, M. K. (2015). Reconceptualizing Agency within the Life Course: The Power of Looking Ahead. *American Journal of Sociology*, 120, 1429-1472.
- Hitlin, S. & Elder, G.H. (2007). Time, Self, and the Curiously Abstract Concept of Agency. *Sociological Theory*, 25, 170-191.
- Holopainen, A. (2011). Hoitoon suhtaudutaan edelleen ristiriitaisesti. Huumeriippuvuuden korvaushoito tuloksellista. *Duodecim*, 127, 100-101.
- Holopainen, A. (2009). *Toipumisen käsikirja buprenorfiinihoidossa*. Järvenpään sosiaalisiaala.
- Honkasalo, M. (2008). *Reikä sydämessä: sairaus pohjoiskarjalaisessa maisemassa*. Tampere: Vastapaino.
- Huumeongelman hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018 (viitattu 4.7.2018). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Hyvärinen, M. (2017). Haastattelun maailma. Teoksessa M. Hyvärinen, P. Nikander & J. Ruusuvaara (toim.), *Tutkimushaastattelun käsikirja* (s. 11-45). Tampere: Vastapaino.



- Hänninen, V. (1999). *Sisäinen tarina, elämä ja muutos*. Acta Universitatis Tamperensis, 696.
- Hänninen, V. & Valkonen, J. (1998). Tarinat, sairaudet ja kuntoutuminen. Teoksessa V. Hänninen & J. Valkonen (toim.), *Kunnon tarinoita. Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen*. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Högbacka, R. & Aaltonen, S. (2015). Refleksiivisyyden ulottuvuudet. Teoksessa S. Aaltonen & R. Högbacka (toim.), *Umpikujasta oivallukseen – refleksiivisyys empiirisessä tutkimuksessa* (s. 31). Tampere: Yliopistopaino.
- Hökkä, P., Eteläpelto, A. & Rasku-Puttonen, H. (2012). The professional agency of teacher educators amid academic discourses. *Journal of Education for Teaching*, 38, 83-102.
- Jokinen, A. & Juhila, K. (2008). Jännitteitä ja suuntaviittoja aikuisten sosiaalityössä. Teoksessa A. Jokinen & K. Juhila (toim.), *Sosiaalityö aikuisten parissa* (s. 282-289). Tampere: Vastapaino.
- Juhila, K. (2018). *Aika, paikka ja sosiaalityö*. Tampere: Vastapaino.
- Juhila, K. (2006). *Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina: sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat*. Tampere: Vastapaino.
- Jyrkämä, J. (2007). Toimijuus ja toimijatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa M. Seppänen, A. Karisto & T. Kröger (toim.), *Vanhuus ja sosiaalityö – sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä* (s. 195-217). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. (2011). *Kuntoutuksen perusteet: näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen*. Helsinki: WSOY.
- Järvikoski, A., Härkäpää, K. & Salminen, A. (2015). Kuntoutuksen teorioista ja ICF-mallista. *Kuntoutus*, 2, 18-32.
- Kaipiainen, E., Lamminen, S. & Niemelä, S. (2016). Huumeiden oheiskäyttö opioidikorvaushoidossa Turussa ja Jyväskylän seudulla. *Suomen Lääkärilehti*, 8, 573-578.
- Kankaanpää, S. (2013). *Opioidikorvaushoito toipumisprosessin välivaiheena – hoidosta onnistuneesti irrottautuneiden kokemuksia kuntoutumisesta*. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopisto.
- Karjalainen, V. (2012). Yksilöllistymiskehitys muuttaa kuntoutusta – mutta miten? Teoksessa V. Karjalainen & I. Vilkkumaa (toim.), *Kuntoutus kanssamme – ihmisen toimijuuden tukeminen* (s. 11-25). Tampere: Yliopistopaino.
- Karsikas, V. (2005). *Selvinpään olosta tulee hyvä fiilis – päihdeongelmaisten vankien voimaantuminen*. Rikosseuraamusviraston julkaisuja, 3.
- Kataja, K., Hakkarainen, P., Kailanto, S., Karjalainen, K., Kuussaari, K. & Tigerstedt, C. (2016). Riskinotto, hallinta ja käyttäjäidentiteetit huumeiden sekakäytössä. Analyysi sekakäyttöepisoodeista. *Yhteiskuntapolitiikka*, 81, 43-54.

- Klingemann, H. K. H. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, 86, 727-744.
- Knuuti, U. (2007). *Matkalla marginaalista valtavirtaan? : Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen*. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Koski-Jännes, A. (2011). Sosiaalipsykologia ja poikkitieteellisuuden haaste: Esimerkkinä addiktiivinen käyttäytyminen ja siitä vapautuminen. *Psykologia*, 46, 38-45.
- Kougiali, Z. G., Fasulo, A., Needs, A. & Van Laar, D. (2017). Planting the seeds of change: Directionality in the narrative construction of recovery from addiction. *Psychology & Health*, 32, 639-664.
- Kotovirta, E. (2009). *Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa*. Jyväskylä: Gummerus.
- Koukkari, M. (2010). *Tavoitteena kuntoutuminen – Kuntoutujiensa käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta*. Acta Electronica Universitatis Lapponiensis, 56.
- Kulmala, A. (2006). *Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta*. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Kuula, A. (2011). *Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino.
- Kuusela, P. (2006). Realismi ja sosiaalisen identiteetin episteeminen status. Teoksessa P. Rautio & M. Saastamoinen (toim.), *Minuus ja identiteetti. Sosiaalipsykologinen ja sosiologinen näkökulma* (s. 36-56). Tampere: Yliopistopaino.
- Kuusisto, K. (2010). *Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa*. Acta Universitatis Tampereensis, 1492.
- Lahti, J. & Pienimäki, A. (2012) Päihdekuntoutus rakentuu sosiaaliselle perustalle. Teoksessa V. Karjalainen & I. Vilkkumaa (toim.), *Kuntoutus kanssamme – ihmisen toimijuuden tukeminen* (s. 137-151). Tampere: Yliopistopaino.
- Laine, P. & Annala, R. (2015). Opioidikorvaushoito voi mahdollistaa työllistymisen. *Yhteiskuntapolitiikka*, 80, 273-277.
- Laszlo, J. (2009). *The Science of Stories. An Introduction to Narrative Psychology*. London: Routledge.
- Lavee, E. (2017). Low-Income Women's Encounters with Social Services: Negotiation over Power, Knowledge and Respectability. *British Journal of Social Work*, 47, 1554-1571.
- Leppo, A. & Perälä, R. (2017). Remains of care: opioid substitution treatment in the post-welfare state. *Sociology of Health and Illness*, 39, 959-978.

- Levola, J., Pitkänen, T., Tourunen, J., Holmberg, N. & Holopainen, A. (2012). Opioidiriippuvaisen persoonallisuushäiriö – katsaus diagnostiikan ja hoidon haasteisiin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 49, 342-349.
- Lilly, R., Quirk, A., Rhodes, T. & Stimson, G.V. (2000). Sociality in Methadone Treatment: understanding methadone treatment and service delivery as a social process. *Drugs: education, prevention and policy*, 7, 163-178.
- Malin, K., Holopainen, A. & Tourunen, J. (2006). ”Mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan”. Käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä. *Yhteiskuntapolitiikka*, 71, 297-306.
- Marsch, L.A. (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction*, 93, 515-532.
- Marshall, V. W. (2005). Agency, events, and structure at the end of the life course. *Advances in Life Course Research*, 10, 57-91.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J. & Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-32.
- Mattila-Aalto, M. (2009). *Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Kuntoutussäätön tutkimuksia*, 81.
- McIntosh, J. & McKeganey, N. (2000). Addicts’ narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity. *Social Science & Medicine*, 50, 1501-1510.
- Meier, P. S., Barrowclough, C. & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 100, 304-316.
- Metso, L., Winter, T. & Hakkarainen, P. (2012). *Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheet väestökyselyt Suomessa 1992-2010*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 17.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). *Applications of motivational interviewing. Motivational interviewing: Helping people change* (3. painos). New York: Guilford Press.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Nordfjrn, T., Rundmo, T. & Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 46-64.
- Nousiainen, K. (2015). Narratiivinen haastattelu performanssina tuetun asumisen yksikössä. Kun päihdeongelma ja mielen sairaus ovat osallisina näyttämöllä. Teoksessa S.

- Aaltonen & R. Högbäck (toim.), *Umpikujasta oivallukseen – refleksiivisyys empiirisessä tutkimuksessa* (s. 61-88). Tampere: Yliopistopaino.
- Nurmi, T. & Rönkä, S. (2017). *Päihdehuollon huumeasiakkaat 2016*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, tilastoraportti 36.
- Ollgren, J., Forsell, M., Varjonen, V., Alho, H., Brummer-Korvenkontio, H., Kainulainen, H., Karjalainen, K., Kotovirta, E., Partanen, A., Rönkä, S., Seppälä, T. & Virtanen, A. (2014). Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2012. *Yhteiskuntapolitiikka*, 79, 498-508.
- Palaganas, E.C., Sanchez, M.C., Molintas, Ma.V.P. & Caricativo, R.D. (2017). Reflexivity in Qualitative Research: A Journey of Learning. *The Qualitative Report*, 22, 426-438.
- Partanen, A., Alho, H., Forsell, M., Kotovirta, E., Kuussaari, K., Mäkelä, N., Rönkä, S., Selin, J. & Vormaa, H. (2017). Opioidikorvaushoito on laajentunut ja monimuotoistunut. *Lääkärilehti*, 72, 2981-2986.
- Partanen, A., Holmström, P., Holopainen, A. & Perälä, R. (2004). Piikkihuumeiden käyttäjät Riski-tutkimuksessa. Buprenorfiinin pistäminen yleistynyt huumeiden sekakäytössä. *Lääkärilehti*, 59, 3605-3611.
- Piironen, T. (2013). *Margaret Archerin dualistinen yhteiskuntateoria – kriittinen tarkastelu pragmatistisesta näkökulmasta*. Koulutussosiologian tutkimuskeskus, raportti 79.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Raento, P. & Tammi, T. (2014). Addiktio – ristiriitainen ja vaikutusvaltainen ilmiö. Teoksessa T. Tammi & P. Raento (toim.), *Addiktioyhteiskunta – riippuvuus aikamme ilmiönä* (s. 7-27). Helsinki: Gaudeamus.
- Reunanen, M. (2017). *Toimijuus kuntoutuskertomusten kerronnassa ja fysioterapian kohtaamisissa*. Acta Universitatis Lapponiensis, 349.
- Romakkaniemi, M. (2010). Toimijuus masennuksen sosiaalisuutta jäsentämässä. *Janus*, 18, 137-152.
- Romakkaniemi, M. & Järviskoski, A. (2013). Jaetun toimijuuden rakentuminen mielenterveyspalveluissa. *Kuntoutus*, 1, 39-44.
- Ruisniemi, A. (2006). *Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta*. Acta Electronica Universitatis Tamperensis, 525.
- Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (2010). Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.), *Haastattelun analyysi* (s. 8-15). Tampere: Vastapaino.
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M. & Hakkarainen, P. (2009). *Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyasiakirjoista*. Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 99.

- Saldaña, J. (2009). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. London: Sage.
- Salo, U. (2015). Simsalabim, sisällönanalyysi ja koodaamisen haasteet. Teoksessa S. Aaltonen & R. Högbäck (toim.), *Umpikujasta oivallukseen: Refleksiivisyys empiirisessä tutkimuksessa* (s. 166-190). Tampere: University Press.
- Schüz, B., Sniehotta, F.F., Mallach, N., Wiedemann, A.U. & Schwarzer, R. (2009). Predicting transitions from preintentional, intentional and actional stages of change. *Health Education Research*, 24, 64-75.
- Selin, J. (2011). *Hallinnan näkökulmia huumeriippuvuuden hoitoon Suomessa vuosina 1965-2005*. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 421.
- Selin, J. (2013). Mikä vaikutus? Korvaushoidon seurantatutkimukset kertovat. *Tiimi*, 49, 22-25.
- Selin, J., Perälä, R., Stenius, K., Partanen, A., Rosenqvist, P. & Alho, H. (2015). Opioidikorvaushoito Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. *Suomen lääkäri*, 70, 1343-1348.
- Siisiäinen, M. (2010). Osallistumisen ongelma. *Kansalaisyhteiskunta*, 1, 8-40.
- Simojoki, K., Pentikäinen, H., Fabritius, C. & Vuori, E. (2012). Huomioita hoidon porrastukseen ja yksilöllistämiseen. Hukkaammeko korvaushoidon mahdollisuudet? *Duodecim*, 128, 1737-1739.
- Skretting, A. & Rosenqvist, P. (2010). Shifting Focus in Substitution Treatment in the Nordic Countries. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 581-598.
- Tammi, T. (2007). *Medicalising prohibition: Harm reduction in Finnish and international drug policy*. Stakes.
- Tanhua, H., Virtanen, A., Knuuti, U., Leppo, A. & Kotovirta, E. (2011). Huumetilanne Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 62.
- Tourunen, J., Kaskela, T. & Pitkänen, T. (2012). Kontrollia, lääkettä vai sosiaalisen kuntoutumisen tukea? *Tiimi*, 5, 26-27.
- Tourunen, J., Pitkänen, T., Harju-Koskelin, O., Häkkinen, A. & Holopainen, A. (2009). Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. K- ja Vieroitushoitopoliklinikoilla vuosina 2002-2003 hoitonsa aloittaneiden opioidiriippuvaisten potilaiden korvaushoidon seuranta. *Yhteiskuntapolitiikka*, 74, 421-428.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Uusitalo, S. (2015). Addiction, recovery and moral agency: Philosophical considerations. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, 4, 85-89.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Pearce, S., Vandevelde, S. & Broekaert, E. (2013). Mental Health, Recovery, and the Community. *The Scientific World Journal*, 1-3.

Varjonen, V. (2015). *Huume-tilanne Suomessa 2014*. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, raportti 1.

Virkola, E. (2014). *Toimijuutta, refleksiivisyyttä ja neuvotteluja – muistisairaus yksin-asuvan naisen arjessa*. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 491.

Virokannas, E. (2017). Rajoitettuja avun saannin kokemuksia ja hallinnan suhteita huumeita käyttävien naisten keskusteluissa hyvinvointipalvelujärjestelmästä. *Janus*, 25, 111-126.

Virokannas, E. (2003). Seulat ja ”huumenuoren ura” – huume-estien saamat merkitykset hoitoyksikön asiakkaiden puheissa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 68, 257-270.

Weckroth, A. (2007). Mitä merkitsee ”psykososiaalinen” päihdehoiossa? *Yhteiskuntapolitiikka*, 72, 426-436.

Weckroth, A. (2006). *Valta ja merkitysten tuottaminen korvaushoidossa. Etnografinen tutkimus huumehoitolaitoksesta*. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiö.

Yeh, M., Che, H., Lee, L. & Horng, F. (2008). An empowerment process: successful recovery from alcohol dependence. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 921-929.

## **Asetukset:**

STM 33/2008. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä.

STM 289/2002. Sosiaali- ja terveysministeriön opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-oidosta eräillä lääkkeillä.

STM 607/2000. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-oidosta eräillä lääkkeillä.

## LIITTEET

### Liite 1. Informaatiokirje haastateltaviksi suostuneille

#### **Tutkimustiedote ja haastattelupyyntö: Opioidiriippuvuuden korvaushoito Suomessa: lääkkeen valintaan ja hoitokäytäntöihin vaikuttavat tekijät**

A-klinikkasäätiön tutkimusryhmä toteuttaa vuosina 2016-2017 tutkimusta korvaushoidosta. Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella lääkkeen valintaan, lääkkeen apteekkijakeluun ja hoitokäytäntöihin vaikuttavia tekijöitä korvaushoitoa toteuttavien työntekijöiden, asiakkaiden sekä kuntien sosiaali- ja terveyshuollon edustajien näkökulmasta. Tutkimuksen tuloksia hyödynnetään opioidiriippuvuuden korvaushoidon käytäntöjen kehittämisessä.

Tutkimukseen liittyen etsimme haastateltaviksi korvaushoitolääkkeen apteekkijakelussa olevia tai muuten kuntoutuksessaan jo pitkälle edenneitä potilaita. Lähestymme sinua hoitohenkilökunnan kautta, koska sopisit haastateltavaksemme. Pyydämme lupaasi siihen, että voimme sopia haastattelusta kanssasi. Kieltäytyminen ei vaikuta mitenkään hoitoosi. Haastatteluja käsitellään nimettömänä ja erittäin luottamuksellisesti. Varmistamme, ettei kukaan haastateltu henkilö ole tunnistettavissa tutkimusjulkaisuista.

Tutkimuksen vastaavana tutkijana toimii tutkimuspäällikkö Jouni Tourunen. Korvaushoidossa olevien haastatteluja hoitavat Teemu Kaskela ja Elsa Pingoud. Tutkimusryhmällä on pitkä ja laaja kokemus vastaavista tutkimuksista. Tutkimusta rahoittaa Kansaneläkelaitos.

Kerromme mielellämme lisää tutkimuksestamme,

Teemu & Jouni

Lisätietoja:

Teemu Kaskela tutkija, A-klinikkasäätiö, puhelinnumero, sähköpostiosoite

## Liite 2. Teemahaastattelurunko



Teemahaastattelurunko – ”Opioidiriippuvuuden korvaushoito Suomessa: lääkkeen valintaan ja hoitokäytäntöihin vaikuttavat tekijät”

Opioidiriippuvuuden korvaushoidon potilaat

### 1. Taustatiedot:

- Ikä
- Sukupuoli
- Ylin koulutus
- Siviilisääty
- Asuminen
- Työ

### 2. Hoitohistoria

- Päihteiden käytön aloitusikä/historia
- Miksi alun perin hakeuduit korvaushoitoon?
- Hoidon alkaminen ja kesto (mahdolliset keskeytykset ja uudelleen aloitukset)
- Hoitoyksiköt ja hoitomuodot (mahdolliset vaihdokset)
- Lääkitys hoidon aikana (mahdolliset vaihdokset)
- Milloin annos on ollut korkeimmillaan?
- Lääkitys-muu hoito (suhde %)
- Koetko, että sinulla on elämässäsi ollut käännteentekeviä hetkiä, jotka ovat ohjanneet kuntoutumista, kuntoutukseen hakeutumista?
- Apteekkijakelu (jos on/miksi ei ole)
- Haluatko apteekkijakeluun – miksi/miksi ei?
- Kotiannokset hoidon aikana
- Tämänhetkinen hoitomuoto, lääkitys ja hoidon tavoite
- Apteekkijakeluun siirtyminen, minkälaisena muutoksena olet sen kokenut?
- Onko tavoitteena vieroittua: ei/2 v sisällä/yli 2 v jälkeen/eos - miksi näin?



### 3. Elämäntilanteen muutokset hoidon aikana

- Miten kuvailisit, että korvaushoitoon siirtyminen on muuttanut sinun elämääsi? (esim. koulutus, työ, vapaa-aika, toimeentulo, suhteet perheeseen ja läheisiin ihmisiin)
- Hoitomuodon, lääkevalinnan ja lääkkeen jakelumuodon vaikutukset:
  - Taloudellinen näkökulma
  - Sosiaalinen näkökulma
  - Hoidon ja kuntoutuksen etenemisen näkökulma
  - Minäkuvan muutokset

### 4. Tulevaisuudensuunnitelmat

- Mitkä asiat ovat tärkeitä elämässäsi?
- Oletko tyytyväinen nykyiseen tilanteeseen/ onko sinulla selkeä kuva elämästä, josta haluaisit elää?
- Jos mietit elämääsi viiden vuoden päähän, niin mitä elementtejä haluaisit elämääsi kuuluvan/sisältyvän?
- Millaiset asiat voisivat edesauttaa sitä, että halutun elämän saavuttaminen olisi mahdollista?

### 5. Kokemukset ja mielipiteet

- Hoidon koetut epäkohdat
- Toiveet hoidon kehittämiseksi